VI Rocznik Wrzesień - Październik 1928 Nr. 5

POLSKA DENTYSTYKA

DWUMIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM STOMATOLOGJI I NAUKOM POKREWNYM

ORGAN INSTYTUTU DENTYSTYCZNEGO UNIW. JANA KAZIMIERZA, ZWIĄZKU STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ, CENTRALNEJ RADY LEKARZY DENTYSTÓW RZECZYPOSP. POLSKIEJ oraz POL. KOMITETU NARODOWEGO MIĘDZYN. ZWIĄZKU DENT. (F. D. I.)

WYDAWCA: **Prof. Dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lek.**

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: **Lwów, ul. Zielona 5a, Nr. Telefonu 11-75.**

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Cena niniejszego zeszytu 4 zł. 50 gr.; cena roczników 1923 i 1924 po 30 zł., 1925, 1926 i 1927 po 24 zł. Prenumerata półroczna 12 zł.; roczna 24 zł. — Księga Pamiątkowa dla abonentów 14 zł., dla nieabonentów 16 zł. — Konto P. K. O. 151.717. Przy prenumeratach zastrzega sobie Administracja możliwość dopłaty w razie zwiększenia kosztów produkcji.

Rurki zaw. 10 i 20
pastylek p 0,4 g

Veramon
Schering

SCHERING
SCHERING

Wypróbowany środek przeciwbólowy o szybkim działaniu

Wskazania:

Zachorzenia miazgi
Bóle po zabiegach
i po założeniu arszeniku

Zapobiega skutecznie wszelkim bólom

Dawkowanie:
0,4 - 0,8 g pro dosi

Piśmiennictwo oraz próby wysyła:
Wydział Naukowy Fabryki "Schering"
Oddział na Polske:
Warszawa, Al. Jerozolimska 45 tel. 89-38.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. **E. Schering.**), Berlin

90326203

Prof. Dr. WINCENTY ŁEPKOWSKI. KRAKÓW.
Dyrektor Instytutu Stomatologicznego
Uniw. Jagiellońskiego.

PRZESZŁOŚĆ, TERAŹNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ DENTYSTYKI.

Le passé, le présent et l'avenir de l'art dentaire.

Die Zahnheilkunde in früheren Zeiten, in der Gegenwart und deren Zukunft.

Doc. pol. 1,1. Doc. int. 616.314 (09) Pologne.

Streszczając w chronologicznym porządku obraz rozwoju dentystyki, widzimy na pierwszym planie Hipokratesa, żyjącego w czasach przedchrystusowych, który znał już próchnicę zębów i jej następstwa i wspomina o narzędziach potrzebnych do usuwania zębów. Po czasach hipokratesowskich do najwybitniejszych lekarzy piszących w zakresie dentystyki należą Heraphilus i Erasistratus. Za czasów kultury arabskiej zasługuje na wzmiankę Abulkasis, używający rozpalonego żelaza w próchnicy zębów i Erhazes z Awicenną, stosujący arszenik jako środek przyżegający.

W wieku XV wprowadza w życie Ariunalus pierwsze plomby złote. Później dentystyka zdobywa podłoże więcej naukowe a więc występuje na światło dzienne anatomja zębów, a Eustachio odkrywa nawet zawiązki zębowe.

W wieku XVI pisze Walter H. Ryff dzieło pod tytułem: „Nützliche Bericht man die Augen und das Gesicht schärfen und die Zähne frisch und fest erhalten soll“ i daje podobiznę pelikana. Wybitniejszym od niego zawodowcem jest Paré, który posuwa się do transplantacji i wynajduje zatykadła.

W wieku XVII wzbogaca znajomość dentystyki Highmore przez opisanie jamy górnej w szczęce. W połowie XVIII wieku zjawia się pierwszy podręcznik dla dentystów Faucharda pod tytułem: „Le chirurgien dentiste et traité des dents“. W Niemczech odznacza się na polu techniki dentystycznej Pfaff przez modele gipsowe, wyciski woskowe i pokrywanie obnażonego miąższu zębowego. Dowodem znacznego przełomu w zakresie dentystyki zachowawczej jest wprowadzenie przez Chapin'a A. Charisa arsenu do zabijania miazgi.

W wieku XIX na niwie piśmiennictwa wybijają się Robert Blacke, Tomasz Bell, James Robinson, a przedewszystkiem John Tomes. Jego zasługą jest odkrycie włókien w zębinie i zastosowanie kleszczy odpowiadających budowie anatomicznej zębów. Tak było w Anglji — równocześnie we Francji działa Lecluse, którego dźwigni używa się po dzień dzisiejszy, następnie Bourdet, Jourdain, Serre i inni. W Austrji początek

*) Odczyt inauguracyjny na III. Polskim Zjeździe Stomatologicznym w Krakowie, wygłoszony dn. 26. V. 1928 r.

rozwoju datuje się od połowy XVIII wieku. Do wybitniejszych ludzi w tym zakresie należą Brunner, który wydał dzieło: „Einleitung zur Nötigen Wissenschaft eines Zahnarztes“, Pasch ze swojem dziełkiem dla dentystów, wreszcie Carabelli. Po całym szeregu różnych autorów pokazują się dzienniki fachowe, zasilane przez takich ludzi: jak Arkövi, Baume, Brand, Jung, Miller, Parraidt, Partsch, Scheff, Witzel. Wszyscy ci oddali wielkie zasługi dentystyce tak na polu teoretycznem jak i praktycznem. Po wprowadzeniu kleszczy liczba niefortunnych ekstrakcji zmalała, a równocześnie zaczęto myśleć o wprowadzeniu środków znieczulających. Do pierwszych należą środki inhalacyjne, jak eter i gaz rozweselający. Eter zastosował pierwszy Pearson w r. 1795, a gaz rozweselający Wells. Epokowem było zastosowanie kokainy do znieczulenia miejscowego, potem wprowadzono odmiany kokainy. Po kokainie w nowszych czasach spróbowano środków zamrażających. Wprowadzenie do chirurgji aseptyki i antyseptyki dało impuls do rozwoju dentystyki zachowawczej. Po wprowadzeniu rozmaitych środków pomocniczych mniej lub więcej praktycznych można było myśleć o prawdziwym postępie. Równolegle z rozwojem dentystyki zachowawczej rozwija się technika; wprowadzają zęby mineralne, kauczuk, złoto, maszynki regulacyjne szyny, aluminjum, zęby na ćwiekach, korony, mostki, śruby i t. p.

U starożytnych Egipcjan istniały specjalności lekarskie. Herodot mówi: „wszędzie pełno lekarzy, jedni bowiem są dla oka, inni dla głowy, inni dla zębów, inni dla wewnętrznych organów“. Więc już w owe czasy rozszczepiała się nauka lekarska na specjalności, które dziś stanowią konieczną potrzebę wobec ogromu wiedzy dla każdej szczególnej gałęzi, wobec wprawy, którą nabyć można tylko przez wysiłki skoncentrowane w jednym kierunku. Sprawa ta do dziś nie została uregulowana. Patrząc na karty historji medycyny widzimy przecież dokładnie jak ciężko i jak długo wybijała się wiedza lekarska i wiele setek lat upłynęło, wiele wysiłków i poświęcenia trzeba było, by dojść nareszcie do tego, co dziś posiadamy. Człowiek wydzierając prawdę naturze, zapobiegając jej i pomagając, musiał opierać się na naukach przyrodniczych i z nich czerpać pomoc i ulgę dla cierpiących. Wiele to razy myśl ludzka błądząc po manowcach, wszedłszy raz na fałszywe drogi budowała i tworzyła na złych przesłankach oparty gmach, który runął, grzebiąc tych, co się do jego budowy przyczyniali. Szukanie prawdy w przeznaczeniu, studjowanie ruchu gwiazd dla wyświetlenia i leczenia chorób nie było powodowane często chęcią zysku i wyzysku, ale wiarą głęboką i przekonaniem, że stąd powstała sugestja na manowce zaprowadziła tłumy. Rzecz naturalna, że im mniej wykształceni i mniej światli i inteligentni zabierali się do leczenia, wysiłek ich stawał się pogardą u szukających pomocy. Lekarz, który zdobył stanowisko spo-

łeczne, przechodził różne fazy i koleje. Były czasy, kiedy mu jako znachorowi odmawiano wspólnego na cmentarzu spoczynku. Pogradliwe traktowanie lekarza znalazło stopnie w samej hierarchji, która się wytwarzała w lekarskiem środowisku. Stąd jasną i zrozumiałą jest rzeczą, że internista, który z natury rzeczy był pierwszy z wytworzonych specjalności pogardliwie patrzał na chirurga nie lekarza i długo traktował go na równi z felczerami. Chirurgowie nie będący lekarzami, wymierali. Felczerzy istniejący jeszcze uważają się za lekarzy, a przez fachowców naturalnie i słusznie są postponowani. Tak tedy wyodrębniały się i rosły poszczególne gałęzie wiedzy lekarskiej. Im starsza, tem większe miała i ma zaufanie społeczeństwa, które, nie patrząc na istotną prawdę na rozwój i postęp, tradycjonalnie cześć największą oddawało interniście, potem dopiero chirurgji i jej pokrewnym, a rozrastającym się gałęziom wiedzy lekarskiej. Bardzo późno wydobywa się na jaw specjalność nasza, którą rozkawałkowaną zajmowali się wszyscy lekarze. W rzeczywistości dentystyka długo, bardzo długo pozostawała w ręku niepowołanych, to też typ dentysty powstał dopiero bardzo późno, jak widzimy z krótkiego zarysu historycznego. Pamiętam dobrze jak za czasów mojego dzieciństwa rozlepiano afisze po rogach ulic miasta Krakowa, że dentysta Alfons przybył z Wiednia, zamieszkał w hotelu drezdeńskim i udziela pomocy dentystycznej. Jest temu z górą lat 50 a jedynym, który w tym kierunku zaczął pracować lekarzem w Krakowie był ś. p. Dr. Karol Goebel, który przed 50-ciu laty został pierwszym na ziemiach Polski docentem dentystyki na Uniwersytecie Jagiellońskim.

Naturalnie, że na Zachodzie powstawały już wtenczas Instytuty dentystyczne przy uniwersytetach, ale to wszystko należy dopiero do połowy XIX-go wieku. Patrząc po za siebie nikt nie mógł przypuszczać wówczas, że dentystyka rozwinie się tak szybko, że dla tej nowej gałęzi, bo tak ją nazwać można, powstaną zakłady, uczelnie, w których dzielić się będą katedry, że będą oddziały chirurgiczne, zachowawcze, ortopedyczne i olbrzymio rozwinięte techniczno- dentystyczne. Zachód, który przodował we wszystkich kierunkach zrobił zasadniczy błąd jakiegoś separatyzmu od całokształtu wiedzy lekarskiej, zakładając instytuty dla kształcenia zawodowych dentystów t. j. lekarzy, którzy specjalnie przygotowywali się do leczenia chorób jamy ustnej i zębów.

O ile mi się zdaje nie będę daleki od prawdy jeśli powiem, że nikt nie przypuszczał wonczas, jak przez zdobycze teoretycznej i praktycznej natury, dentystyka stanęła blisko innych gałęzi wiedzy naszej. Kto mógł pomyśleć, że w jej zakresie będzie po za ekstrakcją zęba potrzebna gruntowna znajomość chirurgji i że dziś właściwie ta chirurgja stała się podstawą całej stomatologji? Kto mógł przypuszczać przed kilkudziesięciu laty, że internista zwracać się będzie do dentysty, aby badał jamę ust i wyświetlił,

czy może w zębach u ich szczytu niema przyczyny dla wyjaśnienia zmian w odległych organach, dla których punktem wyjścia może być absces lub ziarniniak u szczytu korzenia zębowego? Kto wreszcie mógł szukać w zębach przyczyn zmian patologicznych w oku? Rzeczy te, które nam dzisiaj wydają się tak proste i naturalne, że internista, okulista, pedjatra, neurolog i t. d. szukają z nami łączności, chyba niedawno się rozpoczęły, a z tem znaczenie nasze zaczęło nas zrównywać ze stanem ogólno-lekarskim. Pamiętam jak przed 36-ciu laty wychodziłem z kliniki chirurgicznej, aby się poświęcić dentystyce, miałem uczucie, że degrengoluję, idąc drogą i specjalnością, która do pewnego stopnia była w hierarchji lekarskiej bardzo na szarym końcu.

Prawda, że już podówczas w Niemczech był skromny instytut dentystyczny w Berlinie na Dorotheenstrasse, w którym urodził się początek racjonalnej dentystyki, opartej na gruntownych podstawach z teoretycznych nauk chemji i bakterjologji pod kierunkiem Prof. Millera. Instytut w oddziele techniczno dentystycznym bardzo wysoko zaawansowany pod kierunkiem Prof. Warnekrosa i chirurgja jamy ust a raczej — powiedzmy — oficyna do wyrywania zębów pod kier. Prof. Buscha, były tym pierwszym zachodnim etapem ,bo dopiero w rok później powstał ten mały, skromny instytut dentystyczny w Wiedniu, na czele którego stanął twórca obszernego, zbiorowego podręcznika dentystyki Prof. Dr. Juljusz Scheff.

Nie inaczej, a może nawet znacznie gorzej stała ta sprawa we Francji. Wolna szkoła dentystyczna pod kierownictwem byłego zegarmistrza w bardzo nieodpowiadającym Paryżowi budynku kształciła lekarzy-dentystów, rekrutujących się przeważnie z zagranicy, których najwięcej dostarczała Rosja.

W Anglji na Leistersquare stała sprawa dentystyki o niebo wyżej jak we Francji. W pięknie i dobrze uposażonym gmachu mieściły się wszystkie trzy działy t. j. techniczny, operatywny i konserwatywny z wielkim nakładem i komfortem. Być może, że tam dopomogła firma przemysłu dentystycznego C. Ash i Sons do większego rozwoju i udoskonaleń, jakiemi wonczas w tym kierunku rozporządzano. Wpływy tej wszechświatowej firmy i fabryki wszelkiego rodzaju dentystycznych przyborów odzwierciadlały się już w Berlinie a potem w Wiedniu.

Na naszych ziemiach wówczas o dentystyce i o jakimś zakładzie uniwersyteckim nie myślano wcale. Jej pierwszym pionierem, jak wspomniałem, był ś. p. Dr. Karol Goebel. Była to placówka przyczepiona do jednej z klinik uniwersyteckich i wszystko ograniczało się jedynie tylko do skąpych wykładów z zakresu ekstrakcji i do ćwiczeń w tym kierunku na zwłokach i w ambulatorjum. Inne zaś działy t. j. plombowanie i technika były w zaniedbaniu.

W kilka lat po śmierci Dra Goebla z chwilą kiedy objął katedrę kliniki chirurgicznej ś. p. Prof. Dr. Ludwik Rydygier, był pierwszym, który zainicjował wskrzeszenie dentystyki na Uniwersytecie Jagiellońskim. Jako asystentowi powierzył ambulatorjum dentystyczne mojej osobie, a do niego uczęszczała skromna ilość słuchaczy, pragnąca się zapoznać z tym działem chirurgji. Z biegiem czasu przeniosłem część tego ambulatorjum t. j. technikę dentystyczną i plombowanie do mojego prywatnego zakładu, ilość słuchaczy się powiększyła, tak, że ograniczyć musiałem ich liczbę i stąd wyrosło zadanie utworzenia w Polsce pierwszego uniwersyteckiego ambulatorjum dentystycznego przy wydziale lekarskim. W tem dopomógł mi nadzwyczajnie ś. p. Prof. Dr. Napoleon Cybulski a następnie Prof. Dr. Juljusz Scheff, dyrektor instytutu wiedeńskiego, który sprawę w sferach rządowych nadzwyczajnie po koleżeńsku i energicznie popierał.

W roku 1903 w Rynku głównym otwarty został pierwszy Instytut stomatologiczny, nazwany wonczas uniwersyteckiem ambulatorjum dentystycznem. Skromny ten instytut stał się w krótkim czasie wobec dużej frekwencji słuchaczy i pacjentów tak szczupłym i niewystarczającym i nieodpowiednim do spełniania swojego zadania, a dalej tak źle uposażonym, że podjąłem jak najusilniejsze starania u rządu austrjackiego, mając na myśli budowę gmachu odpowiedniego. Szerokie plany pomieszczenia wszystkich trzech oddziałów, a nawet śmiałość, aby na wzór kliniki stomatologicznej w Budapeszcie ś. p. Prof. Arkovi'ego zyskać kilka łóżek dla chorych stałych. Podania szły za podaniami marzenia moje się nie ziściły i uzyskaliśmy zaledwie to, co dziś posiadamy, t. j. instytut w bardzo skromnych ramach, do którego rok rocznie coś przybywa, coś się ulepsza, coś naprawia, ale narazie niema mowy o tem, co być powinno t. j. o instytucie, któryby wystarczył dla pomieszczenia liczby słuchaczy, jacy uczęszczają i tej liczby pacjentów, jacy przybywają. Są projekta, są myśli, na których spełnienie chciałbym liczyć tak z całem zaufaniem na poparcie Rządu, jak mam dowody, że liczyć mogę na poparcie Senatu i Wydziału lekarskiego U. J. Przetrwaliśmy lat 25; mam słabą nadzieję, żebym doczekał się jakiejś zmiany w tym kierunku, jednak mam pewność, że moi następcy, idąc ręka w rękę z Wydziałem lekarskim U. J., pójdą po linji moich marzeń i staną na czele instytutu stomatologicznego U. J., uposażonego we wszystko a w pierwszym rzędzie w pewną ilość łóżek dla stałych chorych.

Pokrótce streściłem stan z przed 36-ciu lat w jakim dentystyka była na Zachodzie i historję jej w Krakowie.

Dodać mi jeszcze wypada o przeżyciach 10-ciu lat w Polsce. W 10 lat po otwarciu pierwszego ambulatorjum w Polsce przy Uniwersytecie Jagiellońskim w r. 1913 obejmuje we Lwowie katedrę po ś. p. Prof. Gońce, Prof. Dr. Antoni Cieszyński. Młody, zamiłowany w swym zawodzie staje

na czele instytutu stomatologicznego przy lwowskim uniwersytecie Jana Kazimierza. Pracą swoją, zdolnością i głęboką wiedzą z zakresu swojej specjalności a szczególnie pracami nad zastosowaniem promieni Roentgena w stomatologji, zrobił imię swoje rozgłośne nietylko w Polsce ale także zagranicą. Wiem dobrze, że instytut, jaki posiada uniwersytet lwowski, tak jak i nasz nie może zadowolić ani potrzeb ani wymagań żądanych od niego, a przedewszystkiem nie może dać pełnej satysfakcji ani kierownikowi ani współpracownikom. Ciasne pomieszczenie i złe uposażenie oto nasza największa bolączka. Brak stałych łóżek zastępujemy w części tu w Krakowie łącznością z kliniką chirurgiczną i ze szpitalem św. Łazarza, które przysyłają przypadki do leczenia — sporządzania obturatorów po operacyjnych i szyn przy obrażeniach szczęk. Tak dzieje się od czasów ś. p. Prof. Rydygiera, aż po dziś dzień od chwili objęcia katedry przez Prof. Maksymiljana Rutkowskiego, który równocześnie jest kierownikiem oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

W r. 1918 t. j. od chwili kiedy mamy wolną i niepodległą ojczyznę we wszystkich kierunkach rozpoczęła się energicznie budowa państwa naszego. W Warszawie za staraniem ówczesnego Ministra Zdrowia Doc. Dra Janiszewskiego, kolejno odbyła się także ankieta w celu uporządkowania dentystyki w Polsce. Poważne zebranie, jakiemu uczestniczyłem w ministerjum zdrowia, oświadczyło się za utworzeniem instytutu dentystycznego w Warszawie, a więc za szkołą rządową zawodową, a za skasowaniem wszystkich istniejących prywatnych szkół dentystycznych. Prawda, że to posunięcie z przed lat 10-ciu tłómaczono, że będzie to tylko prowizorjum, wykazywano, że robi się to tylko dlatego, aby narazie uczynić zadość zapotrzebowaniu dentystów. Mimo mojej usilnej opozycji, która przemawiała za tworzeniem instytutów stomatologicznych przy uniwersytetach, celem kształcenia ukończonych lekarzy na specjalistów stomatologów i dla słuchaczy wydziału lekarskiego zostałem przegłosowany a instytut został otwarty. Z tą chwilą dentystyka w Polsce stanęła na platformie kształcenia lekarza-dentysty i stąd pochodzącego pewnego separatyzmu między dentystyką, a kierunkiem wykształcenia ogólno lekarskiem. Z tego separatyzmu wynika nieznany pod zaborem austrjackim tytuł lekarza-dentysty, a więc ten separatyzm został podkreślony jasno i wyraźnie i zawodowa szkoła rządowa dentystyczna wypuszcza — o ile dobrze jestem poinformowany — do 150 lekarzy-dentystów rocznie.

Nie będę się bawił w statystykę, wiem tylko to, że w pojęciu lekarza ma być i musi być lekarz wszech nauk lekarskich, bo dyplom tylko taki jest wystarczającym w każdej gałęzi wiedzy lekarskiej dla rozpoczęcia specjalizacji. Trzeba skończyć medycynę dlatego, aby być pedjatrą, internistą, okulistą, chirurgiem i t. d. i nie widzę powodów, dlaczego tylko jedna

dentystyka ma być jak ząb żywy i zdrowy z tych szeregów wyjęta. Każdy zrozumie, że taki zabieg nie jest w dzisiejszej dobie niczem usprawiedliwiony. Wszystkie znamiona tego, co się w obecnej chwili dzieje na świecie, wołają głośnym i usprawiedliwionym głosem „nie tędy droga".

Zjazd odbyty we Lwowie, który poraz trzeci w Polsce powtarzamy, powziął uchwałę, która nakrywa się ze stanowiskiem mojem w owej ankiecie w r. 1918 w ministerstwie zdrowia w Warszawie.

Instytut dentystyczny zawodowy warszawski ma sankcję państwową; wychowuje rok rocznie lekarzy-dentystów, a uchwała Sejmu nadaje koncesjonowanym technikom prawie te same, a w praktyce nawet te same prawa leczenia chorób jamy ust i zębów, co ma lekarz-dentysta lub lekarz wszech nauk lekarskich. Może w tem wszystkiem upatrywać się trzeba winy naszej, żeśmy nietylko sprawie dentystyki w Polsce, ale i sobie samym ciężko zaszkodzili. Gdyby się wtenczas stanęło jednolitym frontem i oświadczyło się za tworzeniem klinik dentystycznych a nie zawodowych instytutów dentystycznych, z pewnością niktby się nie ośmielił niepowołanym nadawać atrybucji lekarza. Stało się! I dziś stoimy wobec faktów dokonanych, a patrząc na Zachód, stamtąd pojechałem czerpać otuchę i nadzieję lepszej przyszłości. Wiem, czem jesteśmy. Znam dobrze nasze pragnienia, nasze ambicje, nasze dążenia, rozumiem, że wielkiem zwycięstwem jest dla technika-dentysty dostać atrybucję lekarza, tak jak dobrze odczuwam, że lekarz-dentysta ma i musi mieć pragnienie zostać lekarzem wszech nauk lekarskich. Nasuwałaby się myśl raczej może zapytanie, czy tak jak jest obecnie jest dobrze, czy zmienić to potrzeba i w jakim kierunku. Aby nato trafnie odpowiedzieć bezwarunkowo trzeba się rozejrzeć jak ta sprawa wygląda w świecie. Prawda, że świat obecny jest dla nas trudny do dostąpienia, ale przecież trudno opuścić ręce i nie zobaczyć co się stało w Berlinie przez lat 36.

Berliński uniwersytecki instytut dentystyczny przedstawia się wspaniale. Olbrzymie miasto, stąd rodząca się frekwencja duża tak uczniów, jak specjalizujących się lekarzy i dokształcających się lekarzy-dentystów. Urządzenia, nie pozostawiające wiele do życzenia, pomieszczenie obszerne, wygodne i świetlne, mimo to przypływ szukających pomocy czasami nie do opanowania, tak, że ludzie czekają po dni kilka na swoją dobrze w karbach utrzymaną kolejkę. Dział techniczny, w którym protetyka pomieszana jest równocześnie z oddziałem chirurgicznym, pod wodzą Prof. Schrödera jest w zupełności dociągniętą do chwili obecnej. Eksperymentuje się wszystko na najnowsze sposoby i wynalazki, idzie się za postępem czasu. Metoda ustawiania protez podana przez Gysiego zyskała sobie wielu zwolenników i wprowadzona zostaje tam jako jedynie racjonalna. Uczniowie i specjaliści

znajdują wszystko co im potrzeba w dostatecznej ilości w dobrze zaprowadzonych pracowniach.

Dział chirurgiczny pod kierunkiem chorego obecnie Prof. Willigera nie zachwycił mnie ani techniką wyrywania, ani sposobami przeprowadzania czystości, ani najnowszego ornamentarjum. Jest na tem wszystkiem jakieś piętno dentystyczne, a nie postępowanie jakie dziś mamy w nowoczesnej chirurgji. Mimowoli przypomniał mi się stary instytut na Dorotheenstrasse za czasów Prof. Buscha, gdzie było nieswojo. Daleki jestem od krytykowania Prof. Willigera, którego nazwisko znane i cenione, jednak, gdy dziś podczas jego choroby rządzą młodzi, widać dobrze mimo pięknego instytutu wyposażonego we wszystko, że tym młodym brakuje zupełnego i dostatecznego wyszkolenia chirurgicznego, które wprawne oko na pierwszy rzut oka odkryje. Niezachwycony wyszedłem stamtąd, utrwalając się coraz bardziej w przekonaniu, że śmiałość i zarozumiałość w podejmowanych rękoczynach nie jest Alfą i Omegą. Dodać do tego potrzeba bezwzględnie chirurgiczne postępowanie, które nabyć można w dobrze urządzonych klinikach chirurgicznych. Dużo jest w dentystyce rzeczy, które udogadniają sterelizację drobnych narzędzi, dużo pomysłów w tym kierunku, tak, że możność robienia czysto jest, trzeba jej tylko użyć, trzeba się do niej przyzwyczaić, przesiąknąć nią i przyswoić, jednem słowem opanować postępowanie chirurgiczne, które jest podstawą naszego zawodu.

Trzeci oddział Prof. Diecka, oddział metod konserwatywnych zrobił na mnie jak najlepsze wrażenie. Sala wypełnień olbrzymich rozmiarów, mieszcząca w sobie 60 stołków przeważnie najnowszych modeli. Uposażona w najpierwszorzędniejsze aparaty. Kinematograf w zastosowaniu do mikroskopji. Kinematograf w zastosowaniu do celów dydaktycznych. Aparaty projekcyjne, roentgeny, bez których obejść się absolutnie nie można w dzisiejszej stomatologji — jednem słowem — wszystko, co można pomyśleć, co można użyć z pożytkiem dla uczących się i z wielką korzyścią dla pacjentów. Przy zwiedzeniu całego instytutu uderzyła mnie wielka uprzejmość ze strony wszystkich oprowadzających w ułatwieniu zwiedzania i objaśnieniach, czego przedtem nigdy w Berlinie nie miałem sposobności zauważyć. Dowiedziałem się, że wszyscy marzą tam w uniwersyteckim instytucie dentystycznym o stałej klinice dentystycznej dla każdego z oddziałów. Jest to i u nas marzeniem. Tam i tu staje się to bezwzględnie piekącą koniecznością. Tam już — jak mówią — myśl zamienia się w czyn i stoi gotowy duży barak mogący pomieścić kilkadziesiąt łóżek, przeznaczonych na oddziały chirurgicznego i technicznego leczenia. Niemcy widocznie nie mają zamiaru iść nadal po linji szkół zawodowo-dentystycznych, a chociaż nazywają się instytutem uniwersyteckim, separatyzm tej gałęzi

wiedzy lekarskiej, który w ich przekonaniu jest prowizorycznym, istotnie mają jednak nadzieję, że niedługo „Zahnarzt“ będzie należał do przeszłości.

Instytut dentystyczny wiedeński przeniesionym został przed paru miesiącami na Währingerstrasse i obecnie od chwili założenia przetrwał lat 35. Kierownictwo jego po ś. p. Prof. Scheffie objął Prof. Dr. Weiser.

Wiadomo zapewne Panom, że w Austrji typ lekarza-dentysty nie egzystuje. Specjalistami są lekarze wszech nauk lekarskich i prawomocnie oni jedni są uprawnieni do wykonywania praktyki dentystycznej. Rzecz byłaby zupełnie w porządku, gdyby nie to, że drogą ustawodawczą, ci technicy-dentystyczni którzy jako uczniowie pracowni techniczno-dentystycznej rozpoczęli swoją naukę w r. 1919 czy 1920 dostali ograniczenie w paragrafie ale zupełnie w czynie i praktyce prawa lekarza. Ustawa mówi na wymarcie. Jednak to wymieranie, jak można mniejwięcej przypuszczać potrwa 40 do 50 lat.

Sam instytut robi wrażenie może nie tak wspaniałe jak berliński, ale w każdym razie jest to instytut pojęty i postawiony z szerokim rozmachem, wielkim nakładem i praktycznym i postępowem ujęciem wraz z adaptacją budynku dawnego szpitala garnizonowego. Instytut posiada już osobno, stały odział chirurgiczny przy klinice Prof. Eisechberga. Prowadzi go Prof. Dr. Pichler, od r. 1918. Tam wykonuje się w łączności z instytutem dentystycznym wszelkie operacje wchodzące w zakres chirurgji jamy ust, gdzie stan chorego przed lub po operacyjny wymaga klinicznego leczenia. Ekstrakcje, drobne operacyjne zabiegi ambulatoryjne mogące być załatwione, wykonuje się w instytucie na Währingerstrasse, gdzie obecnie podczas choroby Prof. Weisera, kieruje instytutem Doc. Dr. Peter.

Dział techniczno-dentystyczny, sala wypełnień o 60 stołkach typu nowoczesnego i tylu wiertarkach elektrycznych z reflektorami. Frekwencją tak studjujących lekarzy jak i ilością pacjentów mówi, że instytut jest poświęcony jedynie na kształcenie lekarzy specjalistów i słuchaczy wydziału lekarskiego. Ma on wielkie powodzenie i niezaprzeczoną rację bytu. Jest w projekcie, którego przeprowadzenie nie ulega żadnej wątpliwości, że stomatologja stanie się w Austrji przedmiotem obowiązkowym przy ostatnim egzaminie państwowym dla osiągnięcia dyplomu wszech nauk lekarskich. Nikt tam nie myśli zupełnie o instytutach zawodowo dentystycznych, o separatyźmie w jakimkolwiek kierunku, o izbach dentystycznych, o doktorach medicinae dentariae, o wydziałach dentystycznych przy wydziałach lekarskich, nie układa planów zawodowych studjów dentystycznych i t. d.

Za tem przemawia i higjena społeczna, której działanie na Zachodzie oddawna przybrało formę czynu i od zarania życia człowieka zajmuje się jego rozwojem fizycznym i opieką a zarazem usuwaniem wszelkich wpływów chorobotwórczych i w stomatologji zajęła niepoślednie stanowisko.

Zwolna, ale pewnie postępując i rozszerzając zakres działania w chwili obecnej higjena społeczna pod przewodnictwem specjalistów, rekrutujących się z lekarzy szkolnych, obejmuje opiekę nad dzieckiem w szkołach powszechnych, utrzymuje ją przez szkoły średnie i przeprowadza przez lata studjów uniwersyteckich. Opieka nad zmianami w zębach i jamy ustnej była u nas do pewnego stopnia w zaniedbaniu. Higjena jamy ustnej nie była na pierwszym planie. Z natury rzeczy musiała chwilowo ustąpić przed pilniejszymi sprawami jak gruźlica, syfilis, jaglica, a walka podjęta z temi chorobami, dziś już posiada swoje poradnie, towarzystwa i t. d.

Ameryka od dziesiątek lat zajęła się sprawą jamy ust i zębów. W tym kierunku pieniądze i inicjatywa amerykańska posunęły opiekę nad zębami dzieci daleko, i nie wiem kiedy dopędzimy biegnący po amerykańskich drogach od szkoły do szkoły automobil, jakby cały instytut stomatologiczny, zaopatrzony w aparaty, w Roentgena, który ma za zadanie przegląd małych pacjentów i wykonuje wszelkie zabiegi dentystyczne. Wyniki takich urządzeń są wprost zdumiewające. Dobre i dobrze utrzymane uzębienie podnosi siłę i odporność organizmu, system trawienia funkcjonuje normalnie. Dziecko uczy się i bawi swobodnie, rośnie na dzielnego i zdrowego obywatela. Nie dziw,, że statystyka poborowa wykazuje 80% zdolnych do broni, tam gdzie taka opieka jest systematycznie przeprowadzona, a 20% tam, gdzie tych lekarzy szkolnych wraz z odpowiednim urządzeniem brak i gdzie dzieci cierpią na próchnicę zębów i jej następstwa. Nie dosyć jest mówić i pisać, wydawać ustawy, nakładać ciężary ubezpieczeń społecznych, trzeba — jak zawsze — myśl zamieniać w czyn, trzeba praktycznie, jak Amerykanie słowo opieki ubrać w energicznych ludzi, w duży zasób materjalny ,w dobre środki komunikacyjne, które przenieść mogą tę opiekę społeczną tam, gdzie jej najbardziej potrzeba. Akcja rozwijać się u nas zaczyna, ale niema ona w naszej odrodzonej ojczyźnie wszystkich potrzebnych atutów.

Z tych kilku zdań wynika jasno, jak wyglądać ma przyszłość stomatologji w Polsce. Pierwszym postulatem są dobrze wyszkoleni ludzie i to nie zawodowi dentyści, ale lekarze, którzy dentystykę jako specjalność sobie obrali. Ludzie ci przygotowani gruntownie do spełnienia nowego posłannictwa mogą dać rękojmię, że potrafią zadośćuczynić swojemu obowiązkowi. Drugi postulat to pieniądz, którego zdobycie musi leżeć w pierwszej linji w poparciu ze strony Rządu, województwa, starostwa, gminy, szkoły, rodziców, w czem wszystkiem odzwierciedli się kultura, bo jedynie po linji tej a nie innej dojdziemy do celu. Trzecim postulatem jest łączność, przez którą rozumieć musimy sprężystość wszystkich czynników, sprawność i praktyczność zarządzeń, dobrą komunikację nie tylko dla potrzebnych papierów, aktów i statystyk, ale możność dojazdu wszędzie tam, gdzie są

ludzie, gdzie szkoły, aby myśl wprowadzić w czyn, który ma być czynem w prawdziwem tego słowa znaczeniu.

Skończony wydział lekarski jest podstawą, a specjalizacja jak we wszystkich gałęziach wiedzy naszej musi być dłuższa czy krótsza, objęta czy nie objęta dodatkowym egzaminem, to jest przedmiotem narad i dyskusyj narazie, a w przyszłości ma być obowiązkowe, tak samo dla innych gałęzi wiedzy lekarskiej jak i dla stomatologji. Zresztą te wszystkie wymagania i określenia, kto jest jakimkolwiek specjalistą, są w rzeczywistości i w praktyce między zdrowo i uczciwie myślącymi lekarzami rzeczą sumienia. Określenie ich i ujęcie mają być rzeczą ustawy. Specjalizacja i wszechstronne jej owładnięcie zależeć jednak musi od zdolności, od pracy a przedewszystkiem od zapału i zamiłowania dla danego przedmiotu. Czy będą egzamina czy nie, czy tylko prawo ograniczy się do dodatkowych lat studjów różnych dla poszczególnych przedmiotów, zdaniem mojem jest wszystko jedno, kto ma zdolności, zapał i zamiłowanie, będzie zawsze tęgim w swoim zawodzie, kto tych danych nie posiada, musi z natury rzeczy ustąpić innym.

W Polsce — jak Panom wiadomo, — według obecnych reform studjów lekarskich, dentystyka wprowadzona została jako przedmiot obowiązkowy, połączony z colloquium, które potrzebne jest do absolutorjum każdemu ze słuchaczy wydziału lekarskiego.

Lwów i Kraków mają instytuty stomatologiczne, choć skromne i nieodpowiednie na obecną chwilę, Poznań instytutu stomatologicznego do tej pory nie posiada, ani nie posiada go Wilno. Dentystyka nie posiada ani w Poznaniu ani w Wilnie systeminizowanej katedry. Uważam i myślę, że to stan prowizoryczny, a zarazem mniemam, że czasem rządowy instytut dentystyczny w Warszawie dziś szkoła zawodowa przemieni się w instytut stomatologiczny i zostanie na usługach wydziału lekarskiego, i lekarzy wszech nauk lekarskich specjalizujących się w dentystyce.

Wyobrażam sobie, że po tej linji zapoczątkowanej przed 25-ciu laty przez uniwersytet jagielloński powinny iść i inne uniwersytety, a więc powinny powstać w Polsce instytuty stomatologiczne, a raczej kliniki dentystyczne, w którychby nie tylko znalazły się wszystkie trzy działy t. j. chirurgiczny, konserwatywny i techniki dentystycznej, ale aby te instytuty stały się klinikami. W dzisiejszej dobie nie można się ograniczyć absolutnie na ambulatoryjnem traktowaniu wszystkich do stomatologji należących przypadków. Bezwarunkowo musimy iść po linji, którą zapoczątkował Arkövi w Budapeszcie, musimy dążyć do tego, ażebyśmy mogli rozporządzać kilkunastu łóżkami dla stałych chorych. Jednem słowem przyszłość nasza jest: „stanąć na platformie i walczyć pod dewizą kształcenia lekarzy wszech nauk lekarskich na specjalistów chorób jamy ust i zębów".

Kończąc moje uwagi sądzę, że obecny Zjazd poprze postulaty nasze i starać się będzie we wszelki możliwy sposób o propagandę powyższych żądań, i że w tym kierunku pracować będziemy wszyscy na czele z naszem najpoważniejszem wydawnictwem t. j. „Polską Dentystyką“ która przyjęła tradycję „Kwartalnika Stomatologicznego, Organu Stomatologów Polskich“.

Z KARTY ŻAŁOBNEJ.

† Dr. PIOTR SZADKOWSKI

W dniu 20. maja 1928 zmarł we Lwowie po dłuższej chorobie na nowotwór żołądka Dr. Piotr. Szadkowski. Zmarły był jednym z założycieli i organizatorów „Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“ i pierwszym sekretarzem Związku, którą to godność piastował w latach 1911, 1912, 1913. Urodzony w roku 1874 w Zaleszczykach uczęszczał do szkół średnich w Brzeżanach i Złoczowie, po których ukończeniu rozpoczął studjum lekarskie na uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, gdzie też w roku 1899 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich. W roku 1900 wstąpił do służby w wojsku, w którem spędził sześć lat, poczem poświęcił się stomatologji odbywając studja specjalizacyjne w Berlinie. W latach 1905 — 1908 był asystentem docenta Gońki we Lwowie, poczem rozpoczął samodzielną praktykę w roku 1908 we Lwowie, gdzie też wkrótce dzięki swym niezwykłym walorom jako lekarz i jako człowiek pozyskał sobie wielkie wzięcie wśród publiczności. W roku 1907 brał czynny udział w pracach sekcji dentystycznej X. Zjazdu lekarzy i Przyrodników polskich we Lwowie i wygłosił referat pod tytułem: „O regulacji zębów metodą Angle'a“, drukowany w „Kronice Dentystycznej“ z roku 1907 (pp. 333—338). Również uczestniczył w XI. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Krakowie w roku 1911. Z chwilą wybuchu Wojny światowej w roku 1914 wstąpił do czynnej służby wojskowej i był przez długi czas dowódcą szpitala. W roku 1919 brał z ramienia „Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej“ udział w zainicjowanem przez Prof. Cieszyńskiego Zebraniu wszystkich organizacyj dentystycznych, mającem za przedmiot obrad reformę studjów dentystycznych w Polsce. W latach 1923, 1924, 1925 był wiceprezesem Związku, w latach ostatnich zaś przewodniczącym Sądu polubownego. Jako Kolega zawsze uprzedzająco grzeczny i chętny do usług, jako członek Wydziału wzór pracowitości i obowiązkowości, zyskał sobie jak najżywszą sympatję u kolegów, wśród których wiadomość o Jego śmierci w sile wieku wywołała przygnębiające wrażenie. Cześć Jego pamięci!



Dr. P. MAY, Lekarz-Dentysta. BERLIN.

STOSOWANIE ŚRODKA ALLONAL „ROCHE" U PRZEWRAŹLIWIONYCH PACJENTÓW.

Allonal „Roche" pour traitement de patiens hypersensibles.

Ueber die Verwendung von Allonal „Roche" bei überempfindlichen Patienten.

Doc. pol. 39.300 Doc. int. 616,314 085,782

Do codziennych zadań każdego praktykującego dentysty należy zapobieganie bolesnym odczuwaniom pacjenta, gdyż spokój jego i cierpliwość stanowi pierwszy warunek ścisłego przeprowadzenia leczenia. Znieczulenie miejscowe w wielu wypadkach okazuje się niewystarczającem, wobec czego celowem jest stosowanie łącznie z zastrzykiem środków, działających wewnętrznie, ażeby pacjenta wprawić w pożądany stan tolerancji.

Pod tym względem stanowi Allonal „Roche" wypróbowany i celowy środek, działający prędko i wywierający na chorego wpływ wybitnie uspakajający. Dzięki temu stosuje się Allonal specjalnie u przewraźliwionych pacjentów. Około $^1/_2$ godziny przed wszczęciem leczenia daje się pacjentowi 1 do 2 pastylek, które uspokajają zazwyczaj nawet wybitnie nerwowe natury w sposób widoczny: lęk ich znika, a wrażliwość zmniejsza się.

Ale nawet u normalnie wrażliwych pacjentów wskazanem jest stosowanie 1 — 2 pastylek, a mianowicie już wieczorem dnia poprzedniego, o ile się rozchodzi o większą operację, dla osiągnięcia spokojnego snu, oraz takąż dozę $^1/_2$ godziny przed operacją. Na skutek pewnego doświadczenia ze swej praktyki stosuję Allonal również przed uśpieniem chlorkiem etylu. — Przed dłuższym czasem odwiedziła mnie pewna bojaźliwa pacjentka, która nie pozwoliła na żadną operację pod znieczuleniem miejscowem i wymagała narkozy. Dwa razy stosowałem u niej chloretyl. W obydwu wypadkach uśpienie pacjentki połączone było z wielką trudnością i podczas snu widoczne były oznaki silnego zdenerwowania. Pacjentka ta odwiedziła mnie niedawno i tym razem dałem jej $^1/_2$ godziny przed operacją pastylkę Allonalu. Sen narkotyczny miał tym razem przebieg nad wyraz spokojny i przyjemny. Niewątpliwie był w tym wypadku Allonal wyłączną przyczyną tak korzystnego przebiegu. W międzyczasie stosowałem sposób ten w innych przypadkach przy równie dobrych wynikach.

Najszersze pole działania zdobył sobie Allonal przy usuwaniu bólów i dolegliwości pooperacyjnych. Allonal działa już w małych dawkach (0,16 g.) i jego dawka trująca odbiega znacznie od dawki leczniczej, tak że nawet większe dawki nie powodują żadnych objawów zatrucia. Za specjalnie korzystną cechę Allonalu uważam to, że zapewnia on pacjentowi w noc po operacji spokojny sen.

Każdy, kto przyzwyczajonym jest do systematycznego stosowania Allonalu w praktyce, znajdzie bez trudu i inne możliwości do jego używania, również w dentystyce leczniczej. Preparat ten używałem z powodzeniem jako środek uspakajający przy bólach spowodowanych zapaleniem miazgi zębowej oraz zapaleniem ozębnej, po stosowaniu arszeniku itp. Allonal oddaje wielkie usługi u pacjentów przewrażliwionych podczas oczyszczania ubytków i przymierzania koron, zwłaszcza w przypadkach, gdy pacjent z obawy przed ukłuciem nie zgadza się na znieczulenie za pomocą zastrzyku. Należy zaznaczyć jeszcze, że Allonal jest również wypróbowanym środkiem przeciw nerwowemu krztuszeniu się, które często utrudnia przebieg leczenia i któremu można zapobiec przez uprzednie danie 1 — 2 pastylek.

Streszczając swe spostrzeżenia chciałbym podkreślić jeszcze raz wielką wartość Allonalu przy leczeniu nader wrażliwych pacjentów. Wziąwszy pod uwagę, że nadmierna nerwowość i przewrażliwienie należą do najczęściej spotykanych cech, że pozatem pacjenci normalnie wrażliwi wykazują od czasu do czasu dzięki przebytym chorobom, jak np. grypa, nadmierną wrażliwość, sądzę, że stosowanie Allonalu przed i po leczeniu jest jednym z najważniejszych obowiązków dentysty w stosunku do swoich pacjentów.

ZUSAMMENFASSUNG. Der Autor weist auf Grund seiner Erfahrung auf die beruhigende und anaesthesierende Wirkung von Allonal hin. Er empfiehlt dieses Mittel bei nervösen und empfindlichen Patienten $^1/_2$ Str. vor der Behandlung anzuwenden (1—2 Tabl.) ev. abends Tags vorher; dies gilt namentlich für Fälle welche narkotisiert werden müssen. Allonal stillt ebenfalls Nachschmerzen nach Operationen und beruhigt pulpitische und periodontische Schmerzen.

IV. Polski Zjazd Stomatologiczny odbędzie się od 26—29 września 1929 r. w **Wilnie** jako Sekcja Stomatologiczna Zjazdu Przyrodników i Lekarzy polskich. Przewodniczący Stałej Delegacji Zjazdów, Prof. Cieszyński zwrócił się do Dr. Eugenjusza Mancewicza, kierownika Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Stefana Batorego i do lek. dent. A. Wolańskiego, przewodniczącego Związku Lekarzy-Dentystów Polaków w Wilnie o zorganizowanie Sekcji stomatologicznej z prawem kooptacji. Tematy referatów głównych określi w czasie najbliższym Stała Delegacja Zjazdu. Prace w tym kierunku są rozpoczęte.

Włoski Kongres Stomatologiczny. W czasie od 22 do 29 września b. r. obradował włoski Kongres stomatologiczny we Florencji, na którym prezes Komitetu organizacyjnego przysłał zaproszenie na ręce Prof. Cieszyńskiego z gorącem życzeniem, ażeby jaknajwięcej Polaków-Kolegów wzięło udział w Kongresie. Po uprzedniem dostarczeniu imiennego spisu każdy członek Kongresu miał otrzymać legitymację i zniżkę na przejazd koleją — niestety jednak z tego zaproszenia nikt nie mógł skorzystać, albowiem przyszło zapóźno.

Dr. ADAM RACZYŃSKI. STANISŁAWÓW.

JESZCZE W SPRAWIE „LICÓWKI KRZEMIANOWEJ".

Encore quelques remarques sur les facettes en silicate dans certissures des couronnes

Noch einige Bemerkungen zur „Silicatfacette".

Doc. pol. 52.101. Doc. int. 616.314 11,09.28×151×665.

W numerze 1-szym Pol. Dent. z roku 1928 prosiłem Autora pomysłu „Licówki krzemianowej" o wyjaśnienie, gdyż na podstawie rachunku doszedłem do wniosku, że „chcąc zrobić licówkę", którąby nie występywała z łuku reszty zębów, musi się zeszlifować wargową powierzchnię zęba o 3 mm a to jest niemożliwe bez dewitalizacji zęba".

Cyfra więc 3 mm była punktem zaczepienia i ta cyfra winna być punktem wyjścia do odpowiedzi wyjaśnienia.

Tymczasem Dr. Czernecki dając mi odpowiedź w numerze 2-gim Pol. Dent., bierze za podstawę cyfrę 0.8 mm odstęp, potrzebny dla sporządzenia zwykłej korony a nie „licówki".

Godzę się na to, że warstwa cementu przy wkładkach Jenkinsa lub innych wynosi 0.04 mm ale niech mi Autor wskaże praktyka, któryby wykonał taką koronę, w którejby na całej powierzchni zęba warstwa dla cementu była równomierną na 0.04 mm. Zapewne, będą miejsca gdzie będzie ona taką, ale będą miejsca, gdzie będzie ona 0.5 mm grubą. Autor pisze: „Z warstwy wosku, którą nakładam (2 mm) nie pozostaje ani śladu". Tego już całkiem nie rozumiem. Jeżeli wezmę znaczenie tych słów dosłownie, to naturalnie, że „z warstwy wosku nie zostanie ani śladu" boć wosk zostaje wypłukany; ale przecież autor robi „tackę" potem „obwódkę" tej wysokości. Czy więc i z obwódki nie zostaje „ani śladu"? Jeśli tak, to: 1) pocóż ją robić? 2) w czemże będzie się trzymała „licówka"?

Autor rozbroił trochę me wątpliwości słowami: „bardzo często nakładam „licówki" na zęby już zdewitalizowane".

Należało to, z opuszczeniem słów: „bardzo często" umieścić na początku pracy a nie byłoby powodu do mej interpelacji. Jeżeli to Autor powie — to rzecz jasna. Wątpię jednak czy jest ktoś, ktoby robił „licówki" na zębie zdewitalizowanym, bo pocóż robić rzecz brzydszą, mniej pewną, gdy ma się do dyspozycji rzeczy ładniejsze, pewniejsze, n. p. ząb Richmonda.

Prosiłem Autora o podanie statystyki — tej nie dostałem. Dlaczego? nie wiem. Czy się jej nie prowadzi, czy jej wogóle niema. Prosiłem o fotografję — również jej nie dostałem, a zaproszenie Autora, że mi „licówki" przedstawi, przypomina mi słowa Zagłoby: „Królu daruję ci Niederlandy", boż nie chodzi tu tylko o mnie. ale: „o wielu Kolegów, którzy na to czekają".

Dr. WŁADYSŁAW CZERNECKI. WARSZAWA.

Odpowiedź moją Drowi Raczyńskiemu pisałem w przekonaniu, że chodzi mu o wyjaśnienie pewnych szczegółów w mej pracy, których niezrozumiał, pisałem pomimo tego, że w swym artykule polemicznym niejednokrotnie używał zwrotów, budzących podejrzenie, że chodzi mu właśnie o polemikę, nie o rzecz samą. — Dziś sprawa jest zupełnie jasną, cóż bowiem można odpowiedzieć autorowi, który na podstawie rachunku doszedł do wniosku, „że podstawową cyfrą“ są 3 mm!, lub który cytuje dowolnie słowa Zagłoby? Chyba tylko, że oparł się na logicznie nieścisłych przesłankach i fałszywie wnioskował, lub że łatwo możnaby znaleść inne słowa Zagłoby w odpowiedzi.

Uważając drugi artykuł Dra Raczyńskiego wyłącznie za nierealną polemikę, nie widzę potrzeby wdawać się w dalszą dyskusję, choć nawet nie wiem z czyjego upoważnienia, występuje w imieniu „wielu kolegów, którzy na to czekają“.

Skoro nie podobają mu się moje licówki, niechże ich nie robi. Wolno mu zostać przy zębach Richmonda jeżeli zechce. Dla mnie osobiście jestto zupełnie obojętne.

(Umieszczając powyższe wyjaśnienie zamyka Redakcja dalszą dyskusję, na łamach Polskiej Dentystyki na temat „Licówki krzemianowej“).

POLSKI KOMITET NARODOWY FDI.

Legalizacja statutu „Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I.“. Stowarzyszenie „Polski Komitet Narodowy Międzynarodowego Związku Dentystycznego“ po przedłożeniu swojego projektu statutu otrzymało zawiadomienie z Urzędu Wojewódzkiego we Lwowie z dnia 22 lipca 1928, L. B. P. 5837 ex 1928, że Urząd ten zezwala na zawiązanie Polskiego Komitetu Narodowego Międzynarodowego Związku Dentystycznego a równocześnie zawiadamia, że o ile poszczególne kierunki działalności Stowarzyszenia określone w § 1. Statutu podlegają odrębnym przepisom, winno się Stowarzyszenie do tych przepisów również zastosować.

Objęcie protektoratu nad Komisją higjeny F. D. I. przez Min. Pracy i Opieki Społecznej. Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, do którego się zwrócił Polski Komitet Narodowy F. D. I. o objęcie protektoratu nad Komisją Higjeny M. Zw. Dent. pismem z dnia 21 czerwca 1928 do L. 631/P. II. z uznaniem wita powstanie Związku Fédération Dentaire Internationale na terenie Polski i wypowiada gotowość współdziałania w dziale jego prac mających za zadanie walkę z chorobami jamy ustnej powstającemi skutkiem pracy w pewnych zawodach.

Prof. Dr. Antoni CIESZYŃSKI. LWÓW.

SPRAWOZDANIE Z DOROCZNEGO ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO ZWIĄZKU DENTYSTYCZNEGO (F. D. I.) W KOLONJI ODBYTEGO W DNIACH OD 1. — 5. SIERPNIA 1928 R.

F. D. I. Compte rendue de la Session de Cologne, 1—5 Août 1929.

F. D. I. Bericht über die Jahressitzung in Köln vom 1—5. August 1928.

Doc. pol. 9.41. Doc. int. 616.314 (062) (00) 1928.

Dwudziestydrugi z rzędu od czasu założenia Związku w r. 1920 — Zjazd Międzynarodowego Związku Dentystycznego (Fédération Dentaire Internationale) odbył się w Kolonji (Köln), poraz pierwszy znowu od czasów wojny na ziemi niemieckiej. Obranie tegoż miasta na Zjazd i Niemiec tłumaczyć należy tem, że na Zjeździe tym odbyć się miało wręczenie złotego medalu — nagrody Millera — Prof. Dieckowi z Berlina. Zeszłego roku na Zjeździe w Kopenhadze proponowano dwa miasta, Berlin lub Kolonję. Wybór padł na Kolonję. Jest to istotnie wybór trafny. Miasto, położone nad wybrzeżem Renu, jest pod względem położenia jednem z najpiękniejszych miast niemieckich, które po zniesieniu fortyfikacji rozrosło się i zostało ozdobione wieńcem wspaniałej zieleni — ogrodów i parków, w których spotyka się piękne nowoczesne wille, miasto położone blisko granicy francuskiej i belgijskiej, skąd niedaleko doAnglji, Szwajcarji i portów światowych. Pozatem posiada Kolonja Uniwersytet i Wydział lekarski, stworzony sumptem miasta, pomimo, że w pobliżu, bo w oddaleniu 40 minut koleją elektryczną leży stary Uniwersytet niemiecki Bonn. W roku obecnym Kolonja i z tego względu była nader ciekawa, że odbywa się tamże wielka międzynarodowa wystawa prasy — po drugiem brzegu Renu, wybudowana w stylu nowoczesnym z płaskiemi dachami, i olbrzymią wieżą, wieczorem tonąca w świetle kilkudziesięciu tysięcy żarówek; wystawa prasy zajmuje olbrzymi teren i pomieszczona jest w kilkunastu pawilonach, w których poglądowo przedstawiono rozwój i znaczenie prasy światowej.

Centralne biuro Zjazdu, które funkcjonowało bardzo sprężyście, znajdowało się obok dworca centralnego i obok sławnego dzieła sztuki katedry, w Domhotel, tamże też była główna kwatera, oddalona 20 minut tramwajem od nowego gmachu uniwersytetu, w którym odbywały się posiedzenia.

Liczba ustalona delegatów i członków wydziału wykonawczego F. D. I. wynosi 52, reprezentujących 28 krajów; przybyło ich około $^2/_3$, pozatem kilkudziesięciu rzeczywistych członków F. D. I.

W środę 1. VIII. odbyło się przyjęcie w Domhotelu urządzone przez Komitet miejscowy, na którem przybyli delegaci zapoznali się z reprezentacją dentystyczną miejscową oraz kolegami, którzy przybyli na Zjazd lekarzy-dentystów prowincji Reńskiej i Westfalji oraz na Zjazd Arpa (Arbeitsgemeinschaft für Paradentosenforschung = Zjednoczenie pracowników na polu badań chorób okolicy przyzębnej), oraz odnowili stosunki przyjazne, które ich łączą z dawniejszych Zjazdów F. D. I.

Przyjęcie było bardzo serdeczne, jakkolwiek skromne przy bowli z reńskiego wina. Program artystyczny wypełniały produkcje artystów-śpiewaków opery miejscowej.

W czwartek dnia 2. VIII. odbyło się uroczyste otwarcie Zjazdu w auli gmachu Uniwersytetu. Prof. Zinsser, dziekan Wydziału lekarskiego, dermatolog, znany w kołach dentystycznych jako autor obszernego atlasu chorób jamy ustnej, z szczególnem uwzględnieniem kiły, powitał uczestników imieniem Uniwersytetu w zastępstwie Rektora. Następnie powitał obecnych przewodniczący Komitetu miejscowego Prof. Zilkens i przewodniczący F. D. I. Dr. Vizconde Casa de Aguilar (z Madrytu), który w roku ostatnim otrzymał od króla hiszpańskiego tytuł hrabiowski, — podziękował Komitetowi organizacyjnemu za trudy zorganizowania Zjazdu miejscowego i nakreślił cele i zadanie F. D. I., uczcił pamięć zmarłych członków F. D. I. i oddał przewodnictwo w ręce Prof. Zinssera. Czternastu mowców, reprezentantów różnych państw, w krótkich przemówieniach wygłosiło gratulacje podkreślając znaczenie F. D. I. dla stanu i zawodu dentystycznego. Mianowicie: Joachim (Belgja), Haderup (Danja), Schäffer-Stuckert (Niemcy), Guy (Anglja), Roy (Francja), Nord (Holandja), Guerini (Włochy), Cieszyński (Polska), Gottlieb (Austrja), Nazareth (Portugalja), Jaccard (Szwajcarja), Wheeler (Ameryka — Stany Zjednoczone), Amy (Kanada) i delegat z Egiptu.

Prof. Cieszyński, delegat na Polskę przemawiał w sposób następujący — dając rys dziejów dentystyki w Polsce w roku ubiegłym:

„Imieniem Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I., utworzonego z delegatów wszystkich polskich zrzeszeń dentystycznych i stomatologicznych, mam zaszczyt złożyć tegorocznemu Zjazdowi F. D. I. jaknajserdeczniejsze życzenia pomyślnych obrad.

Stosownie do uchwał zeszłorocznego Zjazdu zwrócił się Polski Komitet Narodowy do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, któremu podlegają również sprawy zdrowia publicznego, jako i do Ministerstwa Oświaty z prośbą o objęcie protektoratu nad Komisją Higjeny F. D. I. — Oba Ministerstwa wyraziły gotowość objęcia protektoratu i upoważniły mnie do zakomunikowania tegoż Międzynarodowemu Związkowi dentystycznemu dodając, że w Polsce opieka dentystyczna w szkołach jako i higjena jamy ustnej i zębów od czasu powołania na nowo do życia Rzeczypospolitej Polskiej w miarę możności jest przeprowadzana i że istniejące w tymże celu organizacje zostaną nadal rozbudowane.

Z ważniejszych zdarzeń w Polsce w latach ostatnich należy wspomnieć przeprowadzenie statystyki lekarzy-dentystów, według Województw na podstawie źródeł oficjalnych, statystyki porównawczej między lekarzami-dentystami i stomatologami a innemi specjalnościami medycyny, statystyki upoważnionych techników dentystycznych, zbadanie położenia ekonomicznego stomatologów i lekarzy-dentystów w porównaniu z innemi specjalnościami lekarskiemi. — Praca ta uskuteczniona przezemnie ma na celu uregulowanie przyrostu lekarzy i lekarzy-dentystów, celem zapobieżenia pauperyzacji stanu lekarskiego i dentystycznego. — Regulatorem przyrostu jest w Polsce „numerus clausus", wprowadzony na Uniwersytetach polskich od kilku lat, którego korzyść można już obecnie stwierdzić. Ze względu na wielki przypływ studentów dentystyki we wszystkich państwach kulturalnych, należałoby wziąć pod rozwagę zagadnienie przyrostu lekarzy-dentystów ze stanowiska ekonomicznego i odpowiednio uregulować.

W końcu maja b. r. odbył się III. Polski Zjazd stomatologiczny w Krakowie, w którym wzięło udział 10% wszystkich lekarzy-dentystów

i stomatologów polskich. Wysoki odsetek uczestników świadczy o zainteresowaniu lekarzy-dentystów sprawami naukowemi i zagadnieniami praktycznemi naszego zawodu. Na Zjeździe tym były głównemi tematami ciągle jeszcze aktualne zagadnienia najlepszego wypełnienia korzeni i kwestja ropowic. Z okazji Zjazdu wydano pamiętnik, do którego wybitni autorowie zagraniczni prawie wszystkich państw europejskich przesłali swe prace. Zbliżenie to w pracy naukowej zawdzięczamy w wielkiej mierze Międzynarodowemu Związkowi Dentystycznemu. — W roku obecnym przypada 50-letni jubileusz utworzenia pierwszej docentury dentystyki na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie i 25-cio letni jubileusz utworzenia Katedry stomatologji i Instytutu stomatologicznego przy tymże uniwersytecie.

Polskie piśmiennictwo fachowe utrzymuje bliski kontakt z piśmiennictwem zagranicznem; przyczyniły się do tego streszczenia dawane w obcych językach przy końcu prac.

Możemy stwierdzić, że przykład Polski w tym względzie znalazł już naśladownictwo w niektórych pismach zagranicznych. Byłoby pożądane, ażeby w przyszłości wszystkie czasopisma, które nie ukazują się w językach kongresowych, zawierały na końcu prac oryginalnych streszczenie w jednym z języków kongresowych oraz by czasopisma wszystkich krajów wprowadziły u siebie dokumentację.

Tylko bliski kontakt z międzynarodową nauką dentystyczną może przyczynić się w krótkim czasie do rozwoju naszej specjalności. Byłoby bardzo pożądanem, gdyby w roku obecnym udało się z ramienia F. D. I. utworzyć centralną wypożyczalnię filmów naukowych dentystycznych. W ten sposób zrobiłoby się poważny krok naprzód ku wymianie naukowych pomysłów. Oby i tegoroczne obrady F. D. I. przyniosły również obfite owoce zawodowi dentystycznemu i stomatologji tak jak w latach poprzednich".

Po przemówieniach delegatów przemówili zastępcy rządu i miast. Potem odbył się w myśl uchwał zeszłorocznych w Kopenhadze a k t w r ę c z e n i a z ł o t e g o m e d a l u za zasługi na polu badań naukowych w dentystyce prof. Dr. W i l h e l m o w i D i e c k o w i z Berlina. Złoty medal Millera został ustanowiony na Zjeździe w Berlinie w r. 1909 jako nagroda za prace naukowe a zarazem ku uczczeniu wielkich zasług Prof. W. D. Millera. Administracja i opieka nagrody Millera jest w rękach stałej Komisji składającej się z 5 członków wybranych przez F. D. I. Odsetki tegoż funduszu zużywa się na nagrodę Millera, której przydział zostaje uchwalony co dwa lata; wyboru dokonuje Wydział Wykonawczy F. D. I. składający się z 52 członków. Odznaczenie w postaci dyplomu i wielkiego medalu złotego Millera wręczył przewodniczący Aguilar Prof. Dieckowi, który przyjmując to odznaczenie podkreślił, że uważa je nietyle jako odznaczenie za jego osobistą pracę naukową, ale jako odznaczenie udzielone nauce dentystycznej niemieckiej.

Na tem zakończono uroczyste otwarcie Zjazdu i o t w a r t o w y s t a w ę u r z ą d z e ń i p r z y r z ą d ó w d e n t y s t y c z n y c h oraz przetworów chemicznych, umieszczonych w westibulu Uniwersytetu. Było tamże reprezentowanych kilkanaście firm niemieckich. Wystawa ta była skromniejsza, aniżeli tego samego roku w maju w Dreźnie na Zjeździe Centralnym lekarzy-dentystów niemieckich.

Na szczególną uwagę zasługiwały mulaże (odlewy woskowe) przypadków z chorobami jamy ustnej i gardła, które wystawił nadprogramowo Prof. Zinsser; mulaże te reprodukowane są po części w atlasie jego wyżej wspomnianym.

O 12-tej odbyło się posiedzenie Komitetu Wykonawczego.

Po przeczytaniu nadeszłej korespondencji i telegramów złożyli sprawozdanie członkowie zarządu Wydziału Wykonawczego. Ze sprawozdania skarbnika dowiedzieliśmy się,

że w rubryce dochodów zanotowano	$ 21.236.80
rozchodów „	$ 18.874.54
Remanent wynosił więc	$ 2.362.26
(w roku zeszłym natomiast	$ 5.533.—

zakończenie rachunków w roku ubiegłym było korzystniejsze)

Wydatki dotyczyły następujących pozycyj:

Komisja Dokumentacji	$ 38.—
Komisja Higjeny	„ 1.044.—
Biuletyn (długi wydawnictwa)	„ 1.956.—
Zwroty do rąk Dra Brophy'ego i Aguilara . .	„ 1.448.—
Depozyt funduszu z Kongresu Międzynarodowego w Filadelfji do banku w Genewie . . .	„ 14.056.42

i szereg pozycyj mniejszych — przeważnie pokrycia wydatków członków zarządu.

Podałem kilka pozycyj szczegółowych, ażeby dać obraz jakiemi kwotami dysponuje F. D. I. i na jakie cele je obraca.

Następnie przeczytano zgłoszenia nowych członków. Z Polski zgłosiło się za pośrednictwem Komitetu Narodowego 3 nowych członków. — Uchwała co do przyjęć zapadnie na posiedzeniu Wydziału w dniu ostatnim. Na tem zakończono pierwsze posiedzenie Wydziału Wykonawczego.

Po południu o 2-giej — bez przerwy południowej nastąpił wyjazd do zakładów fabrycznych przetworów barwikowych w Leverkusen. Jest to część wielkiego trustu fabryk chemicznych niemieckich, do którego należą dawniejsze zakłady chemiczne: Bayer, Meister Lucius, Brünning w Höchst i Agfa. Są to fabryki największe w Niemczech, których przetwory są znane również w Polsce — niech wspomnę tylko o Aspirynie, Nowokainie, Vigantolu, Alypinie, Suprareninie, Compralu, płytach fotograficznych Agfa, i t. d. Budynki fabryczne tychże przedsiębiorstw pozostały na miejscu, nastąpiła tylko centralizacja administracji, organizacji pracy, eksportu i propagandy. Zakłady w Leverkusen są najwspanialsze i zbudowane według z góry doskonale obmyślanego planu i pokrywają kolosalną powierzchnię ziemi tworząc miasto dla siebie. Kilkanaście cyfr wyjętych ze statystyki tejże fabryki ilustruje to olbrzymie przedsiębiorstwo.

1. I. 1928 zajętych było w Leverkusen i Elberfeldzie

8650 robotników (w tem 1200 robotnic)

2730 urzędników, w tem 390 chemików, 70 inżynierów, 22 lekarzy i 12 aptekarzy, 5 prawników, 715 sił technicznych, 1394 sił z handlowem wykształceniem. **1270** sił o różnych kwalifikacjach.

13% personalu pracuje powyżej 25 lat w tem przedsiębiorstwie.

Wielkość terenu zabudowanego w Leverkusen: 2,1 km², oddanego pod uprawę 2,4 km², zużytego pod mieszkania 1,2 km²; razem 5,7 km².

Fabryka posiada własną kolej żelazną normalno-torową 25 km szyn, wąskotorową 76 km. Celem uniknięcia pożaru kursują na terenie fabrycznym Leverkusen lokomotywy poruszane zgęszczonem powietrzem.

Oprowadzali inżynierowie Dr. Berg i Dr. Caspari w 3 grupach. Gmach administracyjny — istny pałac z wspaniałemi salami obrad i ubikacjami dla urzędników. Pokaz części fabryki trwał około 3 godziny. Podkreślić należy pracownie nadzwyczaj higjeniczne i doskonałą organizację roboty, którą nawet niefachowiec mógł ocenić w dziale pakowania i ekspedycji Aspiryny. Chóralny śpiew pracujących dziewcząt świadczył o pogodnej atmosferze wśród pracy, którą utrzymują maszyny w szybkim tempie. Z wykładu wygłoszonego w audytorjum tejże fabryki przez Dra Caspariego i Berga dowiedzieliśmy się o społeczno-higjenicznych urządzeniach fabryki jako i sposobach naukowych, stosowanych przed wypuszczeniem środków leczniczych na rynek. Film pokazany przedstawił doświadczenia nad nowokainą.

Rozpisałem się o urządzeniach tejże fabryki obszerniej, gdyż zrobiła wielkie wrażenie na zwiedzających i świadczy o potędze przemysłu chemicznego niemieckiego. Będzie nam trzeba jeszcze w kraju wiele nadrobić, ażeby nie pozostać w tyle.

Na salach tejże fabryki odbyła się wieczorem kolacja i przyjęcie urządzone przez dyrekcję, w której wzięło udział około 250 osób. Nastrój panował ogromnie sympatyczny. Dopiero około 12-tej powrócono autobusami, dostarczonemi również przez fabrykę, do Kolonji.

W dniach następnych odbyły się posiedzenia Komisyj poszczególnych F. D. I. i posiedzenie Zjazdu Tow. niemieckich lekarzy Nadrenji i Westfalji — oraz posiedzenie Tow. „Arpa".

Delegat na Polskę złożył w dniu pierwszym obrad szereg wniosków dla poszczególnych Komisyj, które podane są poniżej, wygłosił sam referat mu przydzielony w Komisji Nauczania i tylko przez pewien czas był w Komisjach Higjeny, Pracy i Dokumentacji. Z tych Komisyj, w których podawane były sprawozdania na piśmie, podam poniżej krótkie streszczenia.

Następne wnioski, złożone przez delegata na Polskę, prof. Cieszyńskiego odesłano do Komisji.

1. Wniosek dotyczący ogólnego inauguracyjnego posiedzenia:

„Wskazanem jest, by przemówienie delegatów wszystkich krajów w przyszłości pod względem formy i treści o tyle doznały zmiany, że formuła powitalna zostanie zredukowana do jednego zdania. Natomiast ma być dany w przemówieniach krótki pogląd na najważniejsze wydarzenia ostatniego roku w danym kraju. Przemówienie nie może jednak dłużej trwać, aniżeli 10 minut. Tekst do druku oddany może natomiast być dwudo trzykrotnie dłuższy, aniżeli przemówienie. W ten sposób otrzymają zebrani krótki pogląd na wszystkie wydarzenia ostatnich lat na całym świecie. — Posiada to znaczenie wielkie dla historji dentystyki".

2. Wniosek. Dla Komisji nauczania i ustawodawstwa.

Wydanie warunków osiedlania się zagranicznych lekarzy - dentystów w poszczególnych krajach.

„Wskazanem jest, by do następnego dorocznego posiedzenia delegaci opracowali w możliwie krótkiej formie plan studjów dentystycznych (względnie stomatologicznych) swego kraju. Przytem należy podać warunki przyjęcia na studja, czas trwania studjów i ich koszty. — Jakim warunkom muszą zadość uczynić obcokrajowcy, ażeby mogli być dopuszczeni do studjów w danym kraju? W których miejscowościach istnieją Instytuty dentystyczne, jak wielka jest liczba personalu nauczającego, jaka jest liczba studentów? Jakim warunkom muszą zadość uczynić obcokrajowcy, by móc praktykować w danym kraju? Wszystkie dane nie powinne przekroczyć 8 stron druku. Cały materjał powinien być wydany w formie książki przez F. D. I. w trzech językach".

3) Wniosek. Na ogólne posiedzenie:

Wydawanie rocznych statystyk lekarzy - dentystów.

„Pożądanem jest, by rok rocznie wydawano statystykę lekarzy-dentystów, stomatologów i upoważnionych techników dentystycznych w każdym kraju. W tymże celu należy powołać do życia komisję, która opracuje jednolity kwestjonarjusz, a delegaci wszystkich krajów przywiozą nań odpowiedzi na każde doroczne posiedzenie. Materjał ten powinien ogłaszać Międzynarodowy Związek Dentystyczny. Ta sama Komisja prowadzić ma także ewidencję wszystkich istniejących zrzeszeń dentystycznych z podaniem Zarządów i liczby członków. Dane statystyczne z czasem rozszerzyć także należy w innych kierunkach".

Posiedzenia Komisji.

Główna praca odbywała się w Komisjach — w piątek dnia 3. VIII. po południu, sobotę do południa i po południu.

W posiedzeniach Komisji F. D. I.: Czerwonego Krzyża, Higjeny, Nauczania, Dokumentacji, Naukowej, wydawniczej, dla badań naukowych składali najsamprzód przewodniczący sprawozdania z czynności a następnie toczyły się obrady nad sprawami objętemi porządkiem obrad.

Tak samo jak w Kopenhadze, toczyła się dyskusja w Komitecie Wykonawczym przeważnie w języku angielskim (80%), 10% w języku niemieckim, 10% w języku francuskim. W Komisjach przeważał język przeważnie ten, w którym współpracownicy danego kraju górowali. W Komisji: Higjeny przeważnie język niemiecki i francuski, Wydawniczej 3 języki na równi — Nauczania język angielski i francuski. — Ta różnorodność języków utrudniała szybkie porozumienie się przedewszystkiem na posiedzeniu Komitetu Wykonawczego. Wprowadzenie jednego języka — n. p. Esperanta niewątpliwie przyczyniłoby się do większej sprężystości.

Nie jest możliwe sprawozdawcy dać pogląd na całokształt pracy, gdyż nie było możliwe być obecnym we wszystkich Komisjach równocześnie.

A. Komisja Czerwonego Krzyża. Ze sprawozdania sekretarza tejże Komisji dowiadujemy się: Stwierdzić należy korelację między pracami Czerwonego Krzyża i Komisją Higjeny, dlatego przemawia sekre-

tarz za połączeniem pracy w jednej Komisji pod egidą Komisji Higjeny, która wykazuje wielką żywotność. Gdy tworzono Komisję osobną Czerwonego Krzyża przy F. D. I. miała ona szczególne zadanie, mianowicie włączenie pracy dentystycznej w program pracy Czerwonego Krzyża. To co należało swego czasu do zakresu teoretycznych rozważań, zostało zrealizowane podczas wojny w łonie Czerwonego Krzyża. Konieczność jednak utrzymywania kontaktu z organizacjami centralnemi i narodowemi Czerwonego Krzyża wymaga pozostawienie autonomji tejże Komisji, swobody działania na równi z innemi Komisjami. Zadania Komisji Czerwonego Krzyża pokrywają się z programem głównej organizacji. Do zakresu działania należy: 1) propaganda, 2) wychowanie sił pomocniczych, 3) organizacja i utrzymanie szpitali, 4) Czerwony Krzyż młodzieży, 5) Czerwony Krzyż kolonjalny, 6) Łączność w pracy zdrowotnej socjalnej (w przemyśle, opiece nad dzieckiem i t. d.). Wnioski: 1) Komisja Czerwonego Krzyża dołącza do swej nazwy jeszcze dodatek: Komisja Czerwonego Krzyża i dla spraw zdrowotnych socjalnych (C. C. R. S. S.). 2) Komisja C. C. R. S. S. przeprowadza swe prace w porozumieniu z Komisją Higjeny. W tymże celu proponuje się, by przewodniczący Komisji C. C. R. S. S. był zastępcą przewodniczącego Komisji Higjeny a sekretarz tejże Komisji był referentem w Komisji Higjeny, następnie by sekretarz Komisji Higjeny był referentem Komisji C. C. R. S. S. — W końcu by posiedzenia obu Komisyj odbywały się w przyszłości wspólnie.

B. Komisja dla Dokumentacji. Komisja założona w r. 1900 kontynuuje swe prace w pałacu Mondial w Brukseli, gdzie w obszernych ubikacjach znajdują się zbiory, biuro i karteczkowe katalogi.

Będąc w Brukseli miałem sposobność zwiedzić tę instytucję, bardzo pożyteczną, niestety mało frekwentowaną, miałem też sposobność przekonania się o praktycznem znaczeniu stosowania cyfrowego oznaczenia prac według systemu bibljograficznego, na podstawie którego można w krótkim czasie wyszukać prace, które się na pewien temat ukazały, jako i prace autorów. W ostatnim roku szereg czasopism wprowadziło system dokumentacji artykułów oryginalnych. Wydawnictwo „Polskiej Dentystyki" zostaje pokazywane jako wzór czasopisma, które zadość czyni wszystkim wymaganiom stawianym przez Komisję dla Dokumentacji.

W projekcie jest umożliwienie wymiany prac i książek na zasadach międzynarodowych Komisji z dn. 15. III. 1886 r. Prace są w toku. Komisja potrzebuje rocznie $ 350 na prowadzenie działalności dotychczasowej a $ 150 rocznie na zakupienie dotychczas wypożyczonego urządzenia meblowego.

C. Komisja Higjeny była najliczniejszą i miała najobfitszy program. Po sprawozdaniu przewodniczącego i sekretarza były na porządku obrad następujące sprawy: Opieka dentystyczna i społeczna w szkołach. Referenci: Bruhn — Oslo, Watry — Antwerpja, Ferrand — Paryż.

Wykłady i komunikaty: Jaccard — Genewa: konieczność współpracy Komisji Higjeny z Komisją Czerwonego Krzyża.

Loos — Frankfurt: Wpływ cukru na zęby.

Rowlett — Leicester: Zakażenie ustne a szpitalnictwo.

Cohn — Berlin: Główne wytyczne niemieckiego centralnego komitetu dla opieki dentystycznej szkolnej.

Linnert — Nürnberg: Pomoc dentystyczna w Kasach Chorych.

Holder Shipway — Bristol: Higjena zębów w przemyśle.

Hyatt — Nowy York: Leczenie zapobiegawcze próchnicy.

Hauptmayer — Essen: Przyczynek do zagadnienia amalgamu w praktyce dentystycznej pośród niższych warstw społecznych.

Weisbach — Drezno: Krótki komunikat w sprawie higjenicznego muzeum w Dreźnie.

Kantorowicz — Bonn: Zniszczenie próchnicy pośród dzieci szkolnych w obwodzie miejskim i wiejskim powiatu Bonn (z pokazem kliniki dentystycznej, pomieszczonej w samochodzie).

Hertel — Berlin: Wytyczne pomocy dentystycznej szkolnej.

Bruske — Amsterdam: Stworzenie funduszu na popieranie pomocy dentystycznej szkolnej — mianowanie Komisji.

D. Komisja dla ustawodawstwa: 1) Zbadanie ścisłości tłumaczeń w 4 oficjalnych językach. 2) Zbadanie porównawcze warunków wykonywania praktyki dentystycznej w poszczególnych krajach.

E. Komisja dla badań naukowych. Kontrola metod leczenia korzeni i sprawozdanie dotyczące nowej metody badań biologicznych — referują: Gottlieb, Schwarz, Stein.

F. Komisja wydawnicza. Utworzenie biuletynu F. D. I. uchwalono w r. 1925, mającego na celu stałe informowanie lekarzy-dentystów co do prac F. D. I. i budzenie zainteresowania dla międzynarodowych kongresów. Biuletyn miał wychodzić 2 razy do roku, w myśl ostatniej uchwały z r. 1927 nadal w 25.000 egzemplarzy (z tego w języku angielskim w 12.500 egz., 5000 egz. w języku francuskim i 2500 w języku hiszpańskim). Anonse miały pokryć nakład za rok 1927 a F. D. I. drukowałaby swoje sprawozdania w biuletynie dając roczną subwencję. Kalkulacja przewidywana zawiodła z przyczyn następujących: 1) wprowadzenie w Belgji podatku od nakładu, 2) nagła znaczna podwyżka portorjów co się dało we znaki przy ekspedycji 50.000 egzemplarzy do zagranicy, 3) Z powodu nadmiaru tekstu musiała część być drukowana petitem, 4) Firmy inserujące nie dopisały. — Po ekspedycji pierwszego numeru w r. 1927 powstał deficyt $ 457, który po ekspedycji drugiego numeru urósł na $ 1143. Akwizycja anonsów na szerszą skalę zawiodła. Na konferencji w Brukseli zrobiono szereg propozycyj mających na celu obniżenie deficytu. Drukarnia nie dostarczyła jednak kosztorysu na projektowane różne propozycje, gdyż zakupiła już cały nakład papieru. W porozumieniu z generalnym sekretarzem Georgem Villain postanowiono wydać biuletyn o objętości 80 stron dla członków F. D. I., w formie zredukowanej zaś na 48 stron ze sprawozdaniem ze Zjazdu w Kopenhadze w 25.000 egzempalrzy dla lekarzy-dentystów, których Komisja posiada adresy. — Po zainkasowaniu opłat za anonse zmniejszy się deficyt z 1315 na mniejwięcej $ 1000. Horoskopy na najbliższą przyszłość są niepomyślne. Redakcja nie spodziewa się mimo wytężonej pracy zwiększenia na razie liczby ogłoszeń, liczy się raczej z tem, że obniży się to źródło dochodu o $ 3000. W tych warunkach można jedynie wydać biuletyn o 48 stronaoch objętości — drugi numer zaś wydać tylko na cienkim papierze, by numer ważył poniżej 100 gr., w ten sposób osiągnie się redukcję opłat pocztowych i uzyska się oszczędność 500 $. Komisja jest zdania, że tekst nie może przekroczyć preliminowanej objętości, że sprawozdanie F. D. I. musi być doręczone bezwzględnie wszyst-

kim członkom F. D. I. Ażeby zredukować deficyt w przyszłości rozważano różne projekty. Między innemi rozważano sprawę stworzenia z biuletynu organu dającego historję dentystyki na całym świecie, coby wzbudziło wielkie zainteresowanie w kołach dentystycznych. Myśl tę zaczerpnięto z wniosku Cieszyńskiego. Pismo zawierające ciekawszą treść mogłoby liczyć na prenumeratę ((wniosek Cohna), otrzymałoby się w ten sposób fundusz na pokrycie wydawnictwa. Komisja stawia wniosek, by Wydział Wykonawczy uchwalił pokryć istniejący niedobór.

G. Komisja Nauczania. 1) Referaty na temat zastosowania kinematografji w celach dydaktycznych wygłosili Cieszyński i H. Villain; uwagi do tego tematu dodał Balters. Referat Cieszyńskiego ukaże się w jednym z najbliższych numerów „Polskiej Dentystyki". Wniosek Komisji, który został przyjęty później przez Wydział opiewał: „Komisja przemawia za wprowadzeniem kinematografu do celów dydaktycznych. Nauce poglądowej bowiem należy dać pierwszeństwo przed wykładami, które dochodzą do świadomości wyłącznie słuchowo. 2) Wzgląd na wysokie koszty produkcji filmów i krótki czas będący do dyspozycji po wykładzie a wynoszący na ogół 3—5 minut, skłania Komisję do ustalenia pewnych wymagań, którym powinien zadość uczynić film naukowy; ma on zawierać przedewszystkiem schematyczne, plastyczne szkice, ile możności z uwzględnieniem przekrojów przedstawiających przebieg w różnych fazach i różnych okresach czasu. 3) Komisja jest zdania, że należy opracować katalog wszystkich dotychczas wyprodukowanych filmów dentystycznych. 4) Komisja stawia wniosek, by Komisja dla dokumentacji zajęła się rozesłaniem kwestjonarjusza opracowanego przez Cieszyńskiego, który ma być rozesłany do delegatów wszystkich krajów. 5) Odpowiedzi mają być nadesłane do 1. III. 1929 na ręce Henryka Villain, który do przyszłego dorocznego posiedzenia opracuje katalog. 6) Poleca się Prof. Cieszyńskiemu, Baltersowi i H. Villainowi przygotowanie filmów według dowolnego tematu, z których ocenić i wybrać będzie można najodpowiedniejsze metody dydaktyczne, nadające się do reprodukcji kinematograficznej".

Wyniki prac wszystkich Komisyj i odnośne wnioski zostały dyskutowane i przegłosowane na plenarnem posiedzeniu w dniu 5. sierpnia, które trwało kilka godzin. Po ukazaniu się biuletynu „Polska Dentystyka" poda do wiadomości najważniejsze uchwalone wnioski. Na posiedzeniu tem został ustalony budżet na rok następny.

Jako miejsce Zjazdu w roku następnym obrano Amsterdam. Na ostatniem posiedzeniu nastąpiło także przyjęcie członków nowych. Wszystkie kandydatury polskie zostały uwzględnione; przyjęci zatem zostali na rzeczywistych członków zwyczajnych F. D. I.: kol. Lubczyński Zygmunt i Muszyński Bronisław z Częstochowy, Perliński Wiktor z Warszawy, którzy za pośrednictwem Polskiego Komitetu Narodowego otrzymali ulgowe paszporty i wzięli udział w Zjeździe.

Po całodziennej pracy w Komisjach umysł mógł wypocząć na bankietach, które się odbywały wieczorem. Dnia drugiego kongresu był bankiet w salach reprezentacyjnych „Presse", wydany przez miasto. Trzeciego dnia bankiet oficjalny F. D. I. (karta wstępu za bankiet kosztowała 20 mk. n. czyli 46 złotych). Nastrój na bankietach panował bardzo serdeczny, rozmowa była bardzo ożywiona, pomimo że prowadzona była w różnych językach.

PROTOKÓŁ III. POLSKIEGO ZJAZDU STOMATOLOGÓW W KRAKOWIE OD DNIA 26. — 29. MAJA 1928 r.

Uroczystego otwarcia III. Polskiego Zjazdu Stomatologów w Krakowie pod protektoratem Rektora U. J. Prof. Dr. Leona Marchlewskiego, dokonał Prof.Dr. Wincenty Łepkowski, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu. W przemówieniu swojem powitał przedstawicieli władz miejscowych, gości i licznie zebranych uczestników Zjazdu. W zakończeniu przemówienia wnosi Prof. Łepkowski okrzyk na cześć Najjaśniejszej Rzeczypospolitej Polskiej i komunikuje wybór prezydjum Zjazdu. Przewodniczącym Zjazdu wybrano Prof. Dra A. Cieszyńskiego ze Lwowa i Prof. Dra Wilgę z Warszawy, sekretarzem generalnym Zjazdu Dr. Skutecką ze Lwowa.

Prof. Cieszyński obejmując przewodnictwo Zjazdu dziękuje za wybór, potem zwraca się do zastępcy protektora III. Zjazdu Rektora U. J. Prof. Dr. Marchlewskiego, Dziekana Wydziału Lekarskiego w Krakowie Prof. Ciechanowskiego, dziękując za gościnność jakiej udzielił Uniwersytet Jagielloński Zjazdowi, oraz za opiekę, którą Wydział lekarski otacza Instytut Stomatologiczny Krakowski od lat 25. Następnie wita przewodniczący uczestników Zjazdu i dziękując Komitetowi Organizacyjnemu a mianowicie Prof. Łepkowskiemu, Drowi Wodnieckiemu, Drowi Drozdowskiemu i Drowi Haberowi za trudy poniesione podczas organizacji Zjazdu, przypomina, że Zjazd łączy się z pięćdziesięcioletnią rocznicą pierwszych wykładów z dentystyki przy Uniwersytecie Jagiellońskim powierzonym Doc. Drowi Goeblowi a zarazem z 25-leciem istnienia katedry stomatologji przy Uniwersytecie Jagiellońskim i zarazem pracy Prof. Łepkowskiego jako dyrektora Instytutu Stomatologicznego U. J. — Z tejże okazji składa przewodniczący Prof. Łepkowskiemu serdeczne gratulacje. Prof. Cieszyński podkreśla w przemówieniu swem, że III. Zjazd obecny kontynuuje prace I. Zjazdu we Lwowie i II. Zjazdu w Warszawie, że nie ziściły się życzenia stomatologów z przed lat 10, co do unifikacji studjów w dziale stomatologicznym, że rezolucje ostatnich Zjazdów nie doczekały się zrealizowania, że praca rozpoczęta przez Doc. Goebla w roku 1877 a kontynuowana przez Prof. Łepkowskiego od roku 1903 wskutek braku dotacji nie mogła tak być wykorzystana dla idei stomatologji, jak to nauka i potrzeby społeczne wymagają. Podobne warunki istnieją i na innych uczelniach stomatologicznych w Polsce, i dopiero w latach następnych należy się spodziewać lepszego zrozumienia dla tej gałęzi medycyny i opieki społecznej.

Z okazji Zjazdu i jubileuszu wydała „Polska Dentystyka" „Księgę pamiątkową", zawierającą prócz prac autorów polskich, 11 prac autorów zagranicznych, a mianowicie: Prof. Jana Jesensky'ego i Doc. Dr. Kostecki z Pragi, Prof. Herpina, Prof. Izarda, Prof. Roy i Prof. Telliera z Paryża, Prof. Melchiora z Kopenhagi, Prof. Ottesena i Dra Thjötte'go z Oslo, Prof. Chiavari i Prof. Coën-Cagli z Rzymu, Dra Taviani'ego z Florencji i Prof. Fischer'a z Hamburga.

Następnie wręcza przewodniczący Zjazdu — Profesorowi-Jubilatowi Dr. Łepkowskiemu „Księgę Pamiątkową i składa gratulacje jako przewodniczący Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych

i jako przewodniczący Polskiego Komitetu Narodowego F. D. I. i Sekcji Stomatologicznej A. S. I. — Prof. Cieszyński odczytuje gratulacje, które dla Zjazdu i z okazji jubileuszu katedry krakowskiej nadesłali na jego ręce: Prof. Partsch z Wrocławia, Prof. Dieck z Berlina, Prof. Römer z Lipska, Profesorowie Weiser i Pichler z Wiednia i wita gościa przybyłego z Danji Prof. Melchiora z Kopenhagi. Przewodniczący komunikuje, że równocześnie ze Zjazdem w Krakowie odbywa się Zjazd lekarzy-przyrodników czeskich i inżynierów w Pradze, a przewodniczącym Sekcji Stomatologicznej jest Prof. Jesensky z Pragi, który również nadesłał gratulacje Prof. Łepkowskiemu i życzenia najlepszych obrad dla Zjazdu.

Następnie składają delegaci gratulacje Prof. Łepkowskiemu i życzenia owocnych obrad Zjazdowi: Prof. Dr. Ciechanowski, Dziekan Wydz. Lek. w imieniu Rektora U. J., Senatu, jako delegat wydziałów uniwersyteckich jako stały delegat zjazdów lekarskich i w imieniu własnem; Dr. Wróblewski, naczelny lekarz wojewódzki imieniem Rządu i własnem; Dr. Owsiński fizyk, imieniem miasta Krakowa i własnem; pułk. Dr. Maciąg imieniem medycyny wojskowej; Prof. Dr. Latkowski prezes — imieniem Tow. Lekarskiego w Krakowie; Prof. Melchior dyrektor instytutu stomatologicznego w Kopenhadze jako przedstawiciel rządu duńskiego; lek. dent. Stokowski prezes Centralnej Rady Związków zawodowych lekarzy-dentystów, oraz Delegat Związku zawodowego lekarzy-dentystów z siedzibą w Warszawie.

Prof. Łepkowski dziękuje za tak liczne gratulacje i wygłasza wykład inauguracyjny na temat: „Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość dentystyki w Polsce".

Po przerwie prosi Prof. Cieszyński Prof. Wilgę, aby zechciał objąć przewodnictwo i przedstawia poglądowo na mapie. i wykresach: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów i ich stosunek liczbowy. (Polsk. Dent. Księga pamiątkowa, str. 247).

Prof. Melchiora z Kopenhagi i Prof. Jesensky'ego z Pragi mianuje Zjazd honorowymi przewodniczącymi Zjazdu. Do Prof. Jesensky'ego wysyła się telegram odnośnej treści.

Zjazd ustanawia na następne dni obrad prezydjum w składzie następującym: w poniedziałek dnia 28 przed południem: Prof. Wilga z Warszawy, Dr. Lippel z Wiednia, Dr. Drozdowski z Krakowa, asyst. lek. dent. Jarząb ze Lwowa, we wtorek dn. 29 przed poł., sekcja I.: Prof. Łepkowski z Krakowa, Doc. Dr. Meissner*) z Warszawy, Dr. Mancewicz*) z Wilna, Dr. Cylkowski z Poznania; sekcja II.: Dr. Cybulski z Warszawy, Dr. Wodniecki z Krakowa, lek. dent. Goldberg-Górski z Warszawy; po południu sekcja I.: Dr. Zeńczak z Warszawy, Dr. Czernecki z Warszawy, sekcja II.: lek. dent. Świtała z Bydgoszczy, lek. dent. Stokowski z Warszawy, lek. dent. Urbańska-Filipowiczowa z Warszawy.

Sekretarzami Zjazdu dla poszczególnych Sekcyj Zjazdu wybrano Dr. Atlasa ze Lwowa, Dr. Drozdowskiego z Krakowa, Dr. Gelbarda z Warszawy, lekarzy dentystów: Mokrzyckiego, Ujejskiego, Neufelda z Warszawy, lek. dent. Wolańskiego z Wilna.

*) Nieobecny skutkiem choroby.

Poniedziałek 28. maja 1928. Pierwszy dzień posiedzeń naukowych w Zakładzie fizycznym U. J. (Gołębia l. 13).

Przewodniczący Zjazdu Prof. Cieszyński wita Prof. Hoyera z Krakowa i prosi go o wygłoszenie wykładu na temat: „O zębach ssawców z otwartą jamą zębową w koronie".

W dyskusji przemawiają lek. dent. Goldberg-Górski, Dr. Raczyński ze Stanisławowa, lek. dent. Jarząb, lek. dent. Dobko-Dobkowicz, lek. dent. Gombiński.

Następny wykład wygłasza Dr. Lippel z Wiednia, na temat: „Rozwój leczenia korzeni zębowych aż do dzisiejszych czasów z uwzględnieniem prac kolegów wiedeńskich nad leczeniem gazem według metody Lippla". Prelegent ilustruje odczyt djapozytywami i roentgenogramami. W dyskusji zabiera głos lek. dent. Goldberg-Górski.

Następnie wygłasza referat na pierwszy temat główny Zjazdu Dr. Gelbard z Warszawy mówiąc o „Najlepszym sposobie wypełniania korzeni".

Czwarty referat: lek. dent. Józef Jarząb st. asystent Instytutu dentystycznego Uniw. we Lwowie: „Bakterjologiczna ocena naszych rękoczynów podczas wypełniania korzeni, ze szczególnem uwzględnieniem dmuchadła dentystycznego".

Ponieważ koreferent pierwszego tematu głównego Dr. Allerhand ze Lwowa z powodu choroby nie przyjechał, odczytuje część jego referatu Dr. Nacher przez 45 minut. Referat cały ogłoszony jest w „Polskiej Dentystyce" Księdze Pamiątkowej.

Następnie wygłasza w skróceniu referat swój Dr. Skutecka: Stosowanie środków leczniczych wewnętrznych w chorobach jamy ustnej i zębów". Cały referat ogłoszony jest w Polskiej Dentystyce" Księdze Pamiątkowej na str. 289. Dyskusję na temat pierwszy, główny i następne odkłada się na po południu na godz. 5.30.

Następuje przerwa południowa i wycieczka autami do Bielan, która niestety z powodu ulewnego deszczu nie powiodła się. Dalszy ciąg posiedzenia po południu o godz. 5,30. Dyskusja. W dyskusji zabierają głos koledzy: lek. dent. Mokrzycki, lek. dent. Gombiński, lek. dent. Świtała, Dr. Raczyński, Dr. Goldberg-Górski. Obrady kończą się o godz. 7,30 wieczorem. **Wtorek 29. maja 1928. Sekcja I.** obraduje pod przewodnictwem Prof. Łepkowskiego i Dra Cylkowskiego na sali Zakładu fizycznego od godz. 9-tej. Ponieważ prelegent drugiego tematu głównego Doc. Dr. Meissner z powodu choroby nie przybył, prosi przewodniczący Prof. Cieszyńskiego o wygłoszenie referatu na cały drugi temat główny, który Prof. Cieszyński dzieli na trzy wykłady: a) Anatomja patologiczna ropowic", b) Leczenie ropowic", c) „Powikłania spowodowane ropowicami". Wykłady są bogato ilustrowane tablicami anatomicznemi, roentgenogramami i fotografjami. Pomiędzy jednym a drugim wykładem przemawia jako koreferent lek. dent. Jarząb na temat: a) „Ropowice pod względem bakterjologicznym", b) „Bakterjologiczne badanie ropowic w zależności od stosowanych środków leczniczych". Po wykła-

dzie lek. dent. Jarząba, mówi Dr. Drozdowski na temat: „Stomatologja a wiedza lekarska“. — Dyskusję na tematy powyższe jako też i referat lek. dent. Mokrzyckiego odkłada się na południe na godzinę 3.

Równocześnie obraduje II. sekcja w Instytucie Stomatologicznym, ul. Garncarska 9 (sprawozdania nie nadesłano *).

Po południu rozpoczęto obrady wykładem inż. Szajnmanna: „Zagadnienie oświetlania w praktyce lekarsko-dentystycznej“, potem następuje wykład lek. dent. Mokrzyckiego: „O zmianach w tkankach okołozębnych w ostrych sprawach gorączkowych“ z pokazem przeźroczy. Lek. dent. Gombiński mówi: „O szkliwiakach szczęki górnej i wyświetla preparaty histologiczne.

Na tem kończą się obrady naukowe i ponieważ czasu nie pozostało na dyskusję, przechodzi przewodniczący do omówienia

WNIOSKÓW, które wpłynęły.

I. wniosek. Dr. Gelbard domaga się propagandy higjeny jamy ustnej drogą prasy. Wniosek o wybór komisji celem uświadomienia społeczeństwa o niebezpieczeństwie zakażenia z jamy ustnej w pismach przyjmują zebrani przez aklamację. Do Komisji wybrano na Warszawę Dra Gelbarda, lek. dent. Mokrzyckiego, Blocha, Germana; na Lwów: Dra Nachera; na Kraków: Dra Drozdowskiego; na Poznań Dr. Cylkowskiego; na Wilno lek. dent. Bobrowską; na Łódź lek. dent. Sokalskiego; na Częstochowę lek. dent. Lubczyńskiego; na Śląsk lek. dent. Gondzika z Królewskiej Huty. Komisja powyższa ma prawo kooptacji członków, chętnych do pracy, ma utrzymywać kontakt z przemysłowcami z zakresu przemysłu dentystycznego i z osobami zainteresowanemi i ma obowiązek lansowania w pewnych odstępach czasu referatów popularnych i z czynności swej winna zdawać relację.

II. wniosek podaje Prof. Wilga i domaga się przeznaczenia tematu „O systemie nauczania dentystyki“ na obrady następnego Zjazdu stomatologów w przyszłym roku w Wilnie. Sprawę tę uchwalono oddać do załatwienia Związkowi Docentów, ponieważ nie nadaje się do rozpatrywania ani dyskutowania przez plenum Zjazdu.

III. wniosek lek. dent. Sachsa: III. Zjazd uchwala zwrócić się do prezydjów zrzeszeń lekarsko-dentystycznych o zorganizowanie Zjazdu w najkrótszym czasie w Warszawie poświęconego wyłącznie sprawom społeczno-zawodowym.

IV. wniosek Dra Nachera w sprawie opieki dentystycznej nad młodzieżą szkolną. Komisja trzech, do której należą Kol. Świtała, Neufeld i Dr. Nacher ma opracować odpowiedni materjał łącznie z Prof. Wilgą, który jest przewodniczącym Komisji Higjeny przy F. D. I. Wniosek został przyjęty jednogłośnie.

Następnie odczytał Prof. Cieszyński telegramy i gratulacje, które dotąd nadeszły i to od zrzeszenia lekarzy-dentystów w Warszawie, od

*) Redakcja zwróciła się do sekretarzy sekcyj poszczególnych o nadesłanie sprawozdań.

Związku lekarzy-dentystów Polaków w Wilnie z podpisem lek. dent. Bobrowskiego, od Pomocy Studentów-Żydów w P. I. D. w Warszawie, od Związku lekarzy-dentystów-Żydów w Wilnie, od Doc. Dra Meissnera z Warszawy, od generała Stanisława Wróblewskiego, od Prof. Władysława Leopolda Jaworskiego, od Związku zawodowego lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie, od oddziału Włocławskiego Związku zawodowego lekarzy-dentystów, od Towarzystwa lekarzy-dentystów w Warszawie i od firmy „Dentos".

Zakończając obrady dziękuje przewodniczący Prof. Cieszyński Komitetowi Organizacyjnemu za poniesione trudy, wyraża żal, że ograniczony czas zmusił prelegentów do skróceń poszczególnych wykładów i spowodował zmiany w programie, które musiały nastąpić ze względów technicznych.

Przewodniczący dziękuje wszystkim zebranym uczestnikom Zjazdu za to, że tak licznie i wytrwale uczęszczali na posiedzenia zjazdowe naukowe i słowami: „do widzenia w przyszłym roku na IV. Zjeździe w Wilnie, który się odbędzie równocześnie ze zjazdem lekarzy-przyrodników" zamyka posiedzenie ostatnie.

Przewodniczący Komitetu miejscowego, Prof. Łepkowski żegna wszystkich i dziękuje uczestnikom zjazdu za przybycie do Krakowa.

W Zjeździe brało udział około 300 lekarzy-dentystów i stomatologów, czyli przeszło 10% ogółu lekarzy-dentystów.

Komitet Organizacyjny III. Polskiego Zjazdu w Krakowie nadesłał na ręce przewodniczącego Stałej Delegacji Zjazdów stomatologicznych następujące sprawozdanie:

W Zjeździe wzięło udział 277 osób, a to: 1) Członków gospodarzy z wkładką 40 zł. — 15 osób, 2) członków zwyczajnych z wkładką 25 zł. — 212 osób, 3) członków towarzyszących z wkładką 15 zł. — 28 osób, 4) Prof. Melchior z Kopenhagi i 9 studentów medycyny oraz 12 studentów Instytutu Dentystycznego z Warszawy zwolnionych od wkładki zjazdowej — 22 osób, razem 277 osób.

Sprawozdanie kasowe:

Przychód	
1) Dochód z wkładek	6.370.— zł.
2) Subwencja Stałej Delegacji	680.— „
3) Subwencja Gminy m. Krakowa	300.— „
4) Od wystawców	175.— „
	7.525.— zł.
Remanent	1 066.08 zł.

Rozchód	
Koszta rautu	3.040.— zł.
Odznaki zjazdowe	300.— „
Pamiątka od Komitetu	225.— „
Orkiestra	200.— „
Obsługa podczas Zjazdu	250.— „
Dekoracja kwiatowa	24.— „
Przewodnicy po Krakowie	60.— „
Transparenty i biuro zjazd.	82.50 „
Telegramy	24.12 „
Wydatki Kol. Stokowskiego	34.— „
Druki, porta i koszta admin.	384.30 „
Polska Dentystyka subw.	700.— „
Pogłówne dla Stałej Delegacji	1.135.— „
Remanent	1.066.08 „
	7.525.— zł

Pozostałą kwotę 1.066. 08 zł. postanowił Komitet Organizacyjny po zapłaceniu wszelkich należytości przekazać Związkowi Stomatologów krakowskich jako zaczątek funduszu naukowego im. Prof. Łepkowskiego. O przyjęciu tejże propozycji wzgl. o zużyciu tej kwoty na cele związane ze zjazdami zadecyduje Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych.

Ruch w Towarzystwach.

Związek Lekarzy Dentystów Chrześcijan w Warszawie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7. marca 1928 r.

Dr. Radwan-Pragłowski: **O autosugestji.**

Na wstępie prelegent zaznacza że u podwaliny lecznictwa psychicznego leży siła przyrodzona, t. zw. magnetyzm zwierzęcy, stwierdzony naukowo już w wieku XVIII-ym.

W roku 1840 przeobraża się on w naukę o hypnotyzmie, który według teorji Braida, źródło swe ma w osobie hypnotyzowanej, — a nie hypnotyzera.

A dopiero znakomici uczeni Liebeault i Bernheim (szkoła w Nancy) w roku 1880 wywalczają mu miejsce należne w nauce oficjalnej.

Szkoła w Nancy sprowadza zjawiska hypnotyzmu do działania sugestji. Jest to znowu krok naprzód — a dalsze prowadzą do przeniesienia punktu ciężkości na zjawiska autosugestji. W roku 1910 powstaje w Nancy szkoła E. Couë'go, która opiera swą psychoterapję na tej właśnie zasadzie, że sugestja osoby postronnej musi być koniecznie asymilowaną przez osobnika leczonego, czyli że musi zamienić się w autosugestję, aby się mogła urzeczywistnić.

Metodę tę w praktyce i teorji rozwijali liczni uczeni, jak Parkyn, Bennet, Leszczyński, Piers, Harry Brooks, Sanders i wielu innych, lecz żaden z nich nie osiągnął tej popularności co Couë (z zawodu farmaceuta), a to dlatego, że: 1) pierwszy zastosował metodę autosugestji w leczeniu wszystkich chorób, 2) że metoda jego jest prosta i przystępna dla każdego, 3) że jego osobistość była wyjątkowa, jako czynnik decydujący w zyskaniu tej popularności.

Następnie stosował autosugestję psycholog-praktyk Charles Baudouin, profesor instytutu J. J. Rousseau i docent fakultetu filozoficznego uniwersytetu w Genewie. On też głównie przyczynił się do założenia Międzynarodowego Instytutu Psychologiczno-Pedagogicznego i Psychoterapeutycznego w Genewie. W skład Komisji Opiekuńczej tego Instytutu wchodzą uczeni tej miary, co Janet — Paryż, G. Jung — Zurych, Adler — Wiedeń, Wyczesławcew — Moskwa.

W programie tego Instytutu leży rozwój autosugestji w ramach naukowych i jednocześnie spopularyzowanie jej dla szerszego ogółu.

Jako wyraz praktycznego zastosowania metody autosugestji — jest powołanie całego szeregu instytutów leczniczych i psychologicznych, jak: instytut E. Couë'go w Paryżu i Nancy, instytut w Brukseli, w Strassburgu, Amsterdamie i w innych miastach Europy, a nawet i w Ameryce — instytut w New-Yorku.

Dalej prelegent podkreśla, że siła oddziaływania psychiki na ustrój ludzki i na jego wegetatywną stronę życia, — jest faktem dowiedzionym. Przytacza on następujący przypadek opisany przez Hählein'a:

Osobnik pod wpływem autosugestji mógł dowolnie rozszerzać źrenice, — wywoływać pocenie się jednej tylko połowy twarzy, a nawet wędrówkę serca z lewej strony na prawą (koło osi), co było stwierdzone za pomocą Röntgena. — Podobnych zjawisk potężnego wpływu autosugestji prelegent przytacza cały szereg.

Wiadomo jest, że silne przeświadczenie o chorobie, potęguje ją w ogromnej mierze, i odwrotnie — przeświadczenie o dobrym stanie zdrowia, może wpłynąć na zupełne jej cofnięcie się. Na dowód tego prelegent przytacza przykład z astmatykiem, który zamieszkawszy w hotelu w nocy dostaje ataku duszności, nie znajdując zapałek, szuka po omacku okna, natrafia na szklaną szybę, a nie mogąc znaleźć klamki, wybija szybę i w tejże chwili zaczerpnąwszy pełnemi płucami powietrza, ratuje się od ataku. Rano okazało się, że domniemana szyba, była tylko lustrem.

W medycynie coraz wyraźniej uwydatnia się dążenie do zbudzenia czynników leczniczych, ukrytych w organizmie ludzkim, jako środka pomocniczego w zwalczaniu choroby. Zdaniem autora, za pomocą autosugestji można wywołać zmiany w krążeniu krwi przez rozszerzanie lub zwężanie naczyń, wzmożenie wydzielin wewnętrznych gruczołów, zmianę w nerwach naczyń ruchowych i że wogóle możemy powołać do walki z chorobą siły lecznicze utajone w człowieku, podobnie jak antytoksyny zostają wywołane przez zastrzyki surowic.

W roku 1912 wydał autor w druku odnośną pracę pod tytułem „Autosuggestion und Selbstheilung". Najwłaściwszym jednaok terenem zastosowania metody autosugestji, są zaburzenia czynnościowe na tle nerwowem, jak neurastenja, histerja i różne fobje.

Ponieważ urzeczywistnienie się autosugestji w pierwszym rzędzie uzależnione jest od stopnia skoncentrowania całej uwagi na jednej formułce, a człowiek współczesny, osobliwie powojenny, mało się do tego nadaje, przeto autor, uzupełniając sposób mechanicznego nakazu Coué'go, ułatwia zadanie skoncentrowania wyobraźni za pomocą wynalezionego przez siebie „łańcucha sugestywnego".

Metoda autosugestji może być również zastosowana w dentystyce przy zabiegach krwawych. Podobne metody stosowane były przez Derville'a we Francji w przypadku zapalenia okostnej szczęki z ropniem dziąsłowym. Pod wpływem autosugestji przecięcie ropnia odbyło się bez żadnego bólu. Drugi przypadek ostrego zapalenia — Vincentia — wywołany przez trzeci ząb trzonowy dolny. Naciek tkanek miękkich był tak znaczny, że zamknął zupełnie wejście do krtani. Zaszła konieczność tracheotomji; — zabieg był wykonany bezboleśnie pod wpływem autosugestji.

Po odczycie prelegent pokazywał przypadek zupełnego zahamowania czucia pod wpływem sugestji u osobnika, przyprowadzonego na posiedzenie. Osobnik ten nie czuł zupełnego przekłucia przedramienia oraz usunięcia korzenia kła górnego. Dodamy, że pod powyższym wpływem pacjent utracił świadomość miejsca, czasu i otoczenia: po przebudzeniu się opowiadał wrażenia z podróży po krajach egzotycznych.

Naukowe posiedzenie Związku Niemieckich Stomatologów Nadrenji i Westfalji.
1 — 5 sierpnia 1928. w Kolonji.

Wykład Prof. Dra Eulera: **Stosunek badania anatomicznego do obrazu roentgenologicznego przy sprawach chorobowych szczęki górnej.**

Zupełna zgodność między obrazem roentgenowskim i wynikiem badania zachodzi jeszcze rzadziej, niż przyjmujemy, a w odniesieniu do drobnych szczegółów należy zdjęcia roentgenowskie traktować z zastrzeżeniem. Co się tyczy zatoki szczękowej i canalis incisivus, to zdjęcie wśródustne nie da obrazu niezawodnego, nawet gdy weźmiemy pod uwagę, że na filmie występuje wszystko na jednym poziomie. Nawet wielkości ogniska chorobowego zdjęcie roentgenowskie wiernie nie oddaje.

Dość pokaźna była w badaniach Eulera ilość przypadków, w których zdjęcia roentgenowskie wykazywały dokładnie szczegóły w skrawkach mikroskopowych stwierdzić się nie dające i przeciwnie: film oddawał tylko odwapnienie kości, podczas gdy w preparatach najróżnorodniejsze zmiany były widoczne. I wreszcie: najmniejsze odchylenie w nastawieniu rury, najsłabsze wahanie stopnia twardości jest powodem znacznej różnicy między każdorazowem zdjęciem roentgenowskiem.

Dr. Balters ((Bonn) przytacza rzadkie przypadki, gdzie na zdjęciu roentgenowskiem dwuguzkowca z wyleczoną zgorzelą niewidoczne były korzenie, lecz tylko wypełnienia przewodów, w drugim zaś przypadku nie wypełniony przewód na zdjęciu roentgenowskiem występował jako dokładnie wypełniony podczas gdy płyn użyty do przemywania przewodów nie posiadał przepuszczalności dla promieni Roentgena.

Prof. Dr. Cieszyński (Lwów): Z przedstawienia Prof. Eulera można odnieść wrażenie, jakoby zdjęcia roentgenowskie, szczególnie przy zębach trzonowych górnych nie wykazywały zmian patologicznych w tej mierze, jak to jest pożądane do celów klinicznych. Djagnostyka roentgenogramów tejże okolicy jest wprawdzie trudna, w przeważnej jednak ilości przypadków daje wyniki zadawalające, o ile się podda obraz dokładnej analizie. Cieszyński przypomina swe ogłoszone już wskazówki co do zdjęć roentgenowskich zębów wielokorzeniowych i ich stosunku do zatoki szczękowej.

Dr. Fehr ((Berlin): **Mostki porcelanowe.** Dr. Fehr zarzuca ogłaszane w literaturze niemieckiej i amerykańskiej metody wykonywania mostków porcelanowych. Opisuje swoją metodę, polegającą na wypalaniu koron Davis'a White'a (Post-Crowns) z masy ciężkotopliwej, a człony wykonuje z masy lekkotopliwej. Metoda ta jest następująca: korzenie filarów spiłowuje 1 — $1^1/_2$ mm poniżej dziąsła, następnie doszlifowuje odpowiednie korony Davis'a i prowizorycznie przykleja je woskiem tak samo zęby dostawione do koron filarów. Po zdjęciu wszystkiego razem wyciskiem gipsowym, przyciska do dolnej powierzchni koron folję platynową grubości 0,01 mm, i przykleja ją woskiem, następnie zatapia w masę ogniotrwałą. Wycisk gipsowy zdejmuje, przestrzenie międzyzębowe wypełnia od strony podniebiennej trudno-topliwą masą porcelanową i wypala w piecu. Miejsca odpowiadające członom wypełnia porcelaną lekkotopliwą, wypala, nie zatapiając mostka poraz wtóry w masę ogniotrwałą.

Obok wyniku kosmetycznego mają te mostki większe znaczenie higjeniczne. Mogą one szeroką podstawą ściśle przylegać do dziąsła, nie

drażniąc go zupełnie. Zastosowanie ich jednakże jest ograniczone, gdyż 1) nie mogą składać się z więcej jak z 6 członków. 2) korony muszą posiadać pewną wysokość ze względu na wytrzymałość, dlatego też uzupełnia się niemi jedynie braki przedniej części uzębienia. Autor demonstrował metodę swą tego samego dnia w godzinach porannych.

Dr. Sörup (Drezno): **Sztuczne podniebienie miękkie.** Sörup stosuje je w przypadkach zaburzeń rozwojowych podniebienia, nie nadających się do operacji. Sposób ten ułatwia nietylko połykanie i jedzenie, ale usuwa wadliwości wymowy. To sztuczne podniebienie miękkie wykonuje przy pomocy niedorozwiniętych sił mięśniowych pracę naturalnego podniebienia, co Dr. Sörup demonstruje w pięknych zdjęciach kinematograficznych.

Prof. Dr. Cieszyński zgadzając się z uzasadnieniem sztucznego podniebienia przy równoczesnej ruchomości podniebienia miękkiego podaje własne doświadczenia oparte na kilkuset przypadkach, gdzie uzyskał ten sam wynik, sztywną cienką przedłużoną płytką, pokrywającą ubytek, pomimo, że obturator nie poddawał się działaniu mięśni. Główny nacisk należy położyć na naukę wymowy w przypadkach wad przyrodzonych. Wykonanie zatykadeł sztywnych jest znacznie prostsze i łatwiejsze aniżeli metodą proponowaną przez prelegenta.

Dr. van den Berg (Amsterdam) demonstruje metodę preparowania ubytków, chroniącą przed powstawaniem wtórnej próchnicy na powierzchniach stycznych. Styczną powierzchnię zęba autor zeszlifowuje schodkowato, kamieniami karborundowemi, wykonując zaczepienia w rowku między guzkami. Ubytek uzupełnia lanem wypełnieniem złotem (inlay).

Posiedzenie „Arpa" 3 i 4 sierpnia 1928 w Kolonji.
Paradentoza jako objaw chorób wewnętrznych.

Dr. Boenheim (Berlin) omawia swe najnowsze doświadczenia, zebrane przy badaniu wewnętrznem chorych na paradentozę.

Chwianie się zębów jest w wielu schorzeniach organizmu niejednokrotnie jedynym dającym się stwierdzić objawem. Prof. Dr. Loos (Frankfurt n/M) w systematycznych badaniach dzieci szkolnych stwierdził istnienie torebek pierwotnych w dziąsłach przy pewnych postaciach nieprawidłowości zgryzu, które należy uważać za miejscowe usposobienie do paradentozy.

Dr. Weski (Berlin) wskazał na korzystne wyniki leczenia paradentozy metodą Dunloppa, potwierdzone przez Dra Boenheima i Dra Gottlieba.

Dr. Linnert (Norymbergja) zajmuje się znaczeniem paradentozy w higjenie społecznej, podnosząc ważność współdziałania lekarza-internisty ze stomatologiem; konieczne jest wedle niego obok leczenia ogólnego leczenia stomatologiczne i kontrola roentgenowska uzębienia. Jest rzeczą dowiedzioną, że paradentoza jest dla zębów groźniejszą niż próchnica. Niemcy zdając sobie sprawę z doniosłości higjeny jamy ustnej dla stanu ogólnego, wydali szereg zarządzeń a nawet towarzystwa ubezpieczeń kładą szczególny nacisk na badanie paradentoz.

Wiadomości bieżące.

Międzynarodowa wystawa dentystyczna. Berlin. 26. — 30. września 1928.

Możnaby powiedzieć, jeżeli takie porównanie jest dopuszczalne, że ta pierwsza międzynarodowa wystawa dentystyczna przedstawia Olimpjadę najlepszych wytworów dentystycznych. Po raz pierwszy bowiem została zorganizowana międzynarodowa wystawa przemysłu dentystycznego. Ta pierwsza próba została przedsięwzięta z pewną nieśmiałością; nie wiedziano bowiem jeszcze, jak zostanie przyjęta przez firmy dentystyczne. Ale próba udała się dobrze, gdyż kraje, które przodują pod względem wytwórczości dentystycznej, wysłały na wystawę swe największe fabryki, a mianowicie: Niemcy 114 fabryk, Francja 3 fabryki, Czechosłowacja 1 fabrykę, Anglja 7 fabryk, Ameryka 7 fabryk, Szwajcarja 2 fabryki, Austrja 1 fabrykę.

Przemysł dentystyczny szedł za rozwojem dentystyki: w miarę jak się dentystyka rozwijała, powstawała też stopniowa potrzeba odpowiednich narzędzi, materjałów do uzupełnień, do wypełnień, i innych środków pomocniczych, tudzież przedmiotów urządzenia i narzędzi potrzebnych do protetyki dentystycznej.

Jest dziś rzeczą ogólnie wiadomą, że zdrowie jamy ustnej i możliwie jak największa używalność uzębienia stanowią warunki zdrowia i długowieczności, u kulturalnej ludzkości. Pozatem jednak wiemy też, że na tem polu do niedawna brakło należytego zrozumienia, a co i za tem idzie, odpowiedniej dbałości wśród szerokich warstw ludności. Z tego wynika olbrzymie znaczenie wytwórczości dentystycznej dla zdrowia powszechnego: w stałej współpracy z praktycznymi wykonawcami dentystyki stara się ona o wytworzenie odpowiednich środków chemicznych, mających za zadanie utrzymanie jamy ustnej i narządów żucia w stanie zdrowym, leczenie z jak najmniejszym bólem i jak najmniejszą szkodą dla reszty ustroju chorych zębów, wypełnianie ich lub usuwanie, wytworzenie wreszcie wszystkich do tego potrzebnych narzędzi, przyrządów i urządzeń w formie odpowiedniej.

Na tej międzynarodowej wystawie nie mogło zbraknąć i wynalazcy, przez co dopiero staje się ona zupełna; praktycy dentystyczni będą mieli możność pokazania swych wynalazków, a wytwórcy dentystyczni całego świata będą mieli sposobność nabycia i praktycznego wyzyskania racjonalnych wynalazków. Wytwórczość dentystyczna całego świata pokaże to, co wyprodukowała najnowszemi środkami techniki opierając się na wynikach najnowszych badań naukowych.

Z fizjologią jamy ustnej jest jak najściślej związana i higjena jej. Naczelny nakaz stanowi konieczność zapobiegania chorobom jamy ustnej i zębów. Odpowiednio do tego będzie na wystawie osobny dział higjeniczny pokazujący środki do pielęgnowania jamy ustnej i zębów. Pozatem są przewidziane pokazy praktyczne z tej dziedziny w pierwszym rzędzie dla praktyków dentystycznych, a także i dla szerokiej publiczności. Z tego względu są przewidziane osobne godziny zwiedzania dla publiczności.

A.

Wystawa wynalazców na XI. Międzynarodowej Wystawie Dentystycznej.

Znaną jest rzeczą, że liczne ulepszenia, odnoszące się do dentystyki, wynalezione zostały w praktyce dentystycznej samej. Praktyk pracujący codzień w pokoju operacyjnym ma możność przekonania się, o tem, co jeszcze wymaga ulepszenia. Wyniki jego rozważań i eksperymentów stają się częstokroć podstawą nowej ery w dentystyce. W związku z wytwórcą ma on możność zrealizowania swych pomysłów i udoskonala stale swe wynalazki, przyczem nietylko może się przysłużyć zawodowi dentystycznemu, lecz ma także zysk osobisty. Bez kontaktu z wytwórcą trudno jest wynalazcy wypuścić na rynek i propagować swe produkty. Dlatego należy powitać z uznaniem myśl urządzenia specjalnej sekcji wystawców na Międzynarodowej Wystawie Dentystycznej w Berlinie w miesiącu wrześniu 1928. W ten sposób dana jest możność każdemu, który nie miał sposobności przedstawienia szerszemu ogółowi swych wynalazków, wejścia w kontakt z wytwórcami celem ewentualnego eksploatowania swych idej. Celem ochrony pomysłów uzyskał Komitet Wystawowy ochronę prawną wynalazków dla wystawców; pozatem należy do Sekcji adwokat, którego zadaniem specjalnem jest ochrona patentów. Wynalazcy zagraniczni są również zaproszeni do wzięcia udziału w tej wystawie.

Oxpara. Coraz częściej spotykamy się z faktem, że zawód dentystyczny znajduje się obecnie na racjonalnej drodze w sprawie zębów bezmiazgowych; wprawdzie konserwowanie zęba za wszelką cenę jako takiego, lub nawet z niebezpieczeństwem dla całego ustroju jest przeciwwskazane, lecz wśród praktyków utrwala się coraz bardziej przekonanie, że konserwacja zębów, o ile jest możliwa, nie szkodzi zdrowiu ogólnemu. Przez długi czas dentyści byli sceptycznie usposobieni w stosunku do środków lub sposobów leczenia prostych, nieskomplikowanych, większem zaufaniem cieszyły się metody skomplikowane; lecz te czasy minęły. Oxpara jest właśnie środkiem nieskomplikowanym, składa się z proszku i z płynu, które zmieszane razem do koncystencji gęstej śmietany zamyka się w przewodzie korzeniowym. Oxpara jest bardzo użytecznym środkiem do wypełniania korzeni, wielu praktyków używa tego środka w połączeniu z koniuszkami gutaperkowemi Canfielda. Niektórzy usuwają miazgę, w zupełności, inni posługują się metodą amputacyjną bez obawy, gdyż części składowe Oxpara nie atakują zdrowej tkanki. Lecz Oxpara nie jest środkiem uniwersalnym; wszystkich stanów chorobowych naturalnie nie może wyleczyć, również jak nie jest też środkiem tajnym, skład jej: formalhedyd, tymol, ałun, kreozot. wszystko środki dobrze znane ze swych leczniczych własności. Fachowcy, którzy dotychczas nie używali środka Oxpara, powinni się z nim zaznajomić i wypróbować jego lecznicze własności.

Dział sprawozdań i streszczeń.

PATOLOGJA, TERAPJA.

Nikiforowa. Przypadek zrostu miękkiego podniebienia z tylną ścianą przełyku i okaleczenia nosa pochodzenia kiłowego. (Wenerologja i Dermatologja 1927. Nr. 12. p. 1100.).

Przypadek opisany przez autorkę dotyczy 17-letniej dziewczyny, wieśniaczki, virgo intacta, u której przy braku inych zmian w całym organizmie i niezmienionym stanie zębów, brak było podstawy i skrzydełek nosowych, a na ich miejscu znajdował się jedynie maleńki otworek, wielkości groszku, nieprawidłowego kształtu, wiodący do wnętrza jamy nosowej. Skóra w tem miejscu, jak i sąsiednich części policzków bliznowato zmieniona. Blizna ta zlekka wciągnięta, mozajkowata, z brzegami festonowatemi, w niektórych miejscach promienista, niezrośnięta z tkankami pod spodem leżącemi. Badanie wnętrza nosa niemożliwe z powodu małego otworku zewnętrznego, a zgłębnikiem można stwierdzić, brak zupełnie przegrody nosowej. W jamie ustnej brak języczka, w jego miejscu mały szczelinowaty otworek idący wzdłuż szwu twardego podniebienia, prowadzący do jamy nosopołykowej; całe podniebienie miękkie zmienione bliznowato. Tylna część jego zrośnięta z tylną ścianą gardzieli, tak że powstaje wskutek tego jedna symetrycznie promienista blizna. Nagłośnia i więzadła nalewkowe bliznowato zmienione. Zmian gruźliczych brak. Łykanie niebolesne. Pokarmy stałe i płynne nie dostają się do jamy nosowej. Śpi z otwartemi ustami, mowa wyraźna z lekkim odcieniem nosowym. Reakcja Wassermana przy przyjęciu dwa plus, po tygodniu po dwu wstrzykiwaniach bijochinolu i jednem wlewaniu salwarsanu cztery plus. Reakcja B o r d e t - G e n g o u z antygenem malarji według S a w c z e n k i ujemna. Plazmodyj malarycznych we krwi nie znaleziono. Badanie morfologiczne krwi zmian nie wykazuje. Mocz prawidłowy, Reakcja Kocha i Pirqueta ujemna. Na podstawie wywiadów i wyniku badania rozpoznaje autorka zmiany kiłowe trzeciorzędne z powodu kiły nabytej w dzieciństwie pozapłciowo, t. zw. kiły obyczajowej. Przeciw rozpoznaniu tocznia (lupus vulgaris) przemawia mozaikowaty charakter blizn z brzegami festonowatemi, ujemny wynik diaskopji, udział w sprawie chorobowej kości, zakończony według anamnezy zupełnie w 17. roku życia zbliznowacenie, wreszcie ujemny wynik reakcyj Kocha i Pirqueta. Te same przesłanki przemawiają przeciw kombinacji kiły z gruźlicą: lupus-lues. Podczas gdy zniszczenie zrębu kostnego nosa nawet w naszych czasach salwarsanu i poronnego leczenia kiły są rzadkie, to przyrośnięcie miękkiego podniebienia do tylnej ściany gardła jest rzadkie i dlatego przypadek opisany zasługiwał na ogłoszenie.

Allerhand (Lwów).

Zaleski. Gingivitis hypertrophica (Przerostowe zapalenie dziąseł). Medicinskaja Mysl. IV. l. p. 13. 1927.

Jest to choroba interesująca ze wszech miar, czego dowodem choćby ta okoliczność, że posiada kilka nazw, i tak: gingivitis hypertrophica, elephantiasis gingivae, lappiges Fibrom autorów niemieckich. Pod względem anatomo-patologicznym i klinicznym stoi na granicy pomiędzy zapaleniami a nowotworami i nietylko objawy kliniczne lecz i obraz histologiczny może

dać powód do zmieszania obu tych charakterów. To potwierdza zdanie, że pociągnięcie ostrej granicy pomiędzy regeneracją, (odnową) hipertrofją (przerostem) a zapaleniem z jednej strony a guzami z drugiej strony jest trudne. Choroba wspomniana zdarza się stosunkowo rzadko i autorzy, którzy się nią zajmowali, Beck, Saliszczew, Bataszew przytaczają jedynie sporadyczne przypadki. Zaleskij przytacza i obszernie opisuje trzy przypadki przerostowego zapalenia dziąseł, obserwowane w ciągu ostatnich dwu lat w Szpitalnej Chirurgicznej Klinice Północno-kaukazkiego Uniwersytetu. Pierwszy przypadek dotyczy mężczyzny 26-letniego, drugi kobiety 28-letniej, trzeci kobiety 26-letniej. U wszystkich trzech chorych objawy kliniczne były podobne polegające na znacznym słoniowatym przeroście dziąseł szczęki górnej i dolnej krwawiących przy każdem, nawet najlżejszem dotknięciu. Ta też okoliczność — sprowadziła chorych do kliniki z życzeniem poddania się operacji. U wszystkich operację wykonano w podobny typowy sposób przez wycięcie mas przerosłego dziąsła i usunięcie zepsutych zębów lub korzeni. Leczenie następowe polegało na przyżeganiu azotanem srebrowym celem przeciwdziałania pojawieniu się nawrotów. Badanie histologiczne potwierdziło we wszystkich przypadkach rozpoznanie kliniczne, wykluczając nowotwór złośliwy. Sam wygląd miejsca choroby, przerost całego dziąsła, długotrwały przebieg, wygląd kwitnący chorych, prawidłowy stan gruczołów chłonnych, przemawiają stanowczo przeciw istnieniu schorzenia złośliwego. Również należy wykluczyć nowotwory łagodne, gdyż te odznaczają się ściśle odgraniczoną lokalizacją, nie dosięgają większych rozmiarów, odgraniczają się ostro od tkanki podstawowej i posiadają szypułę lub szeroką podstawę. Pozatem mają one specyficzną etjologję, a mianowicie według Willigera spowodowane być mogą miejscowem podrażnieniem, wypełnieniami źle wypolerowanemi, uciskiem klamer dostawkowych, odstającemi koronami, nalotami kamienia zębowego i t. d. Nie przewyższają one wielkością orzecha laskowego. Przerost dziąseł jest jednostką chorobową, którą należy ostro odgraniczyć od nowotworów zarówno pod względem klinicznym, obrazu histologicznego, jak i etjologji. Były próby ostrzejszego odgraniczenia na podstawie obrazu histologicznego, obu grup jako osobnych jednostek: gingivitis hypertrophica i elephantiasis gingivae, lecz rezultaty dotychczas ogłoszone przez Spitzera, Nessego, Sachsego, Krausa, Bauera-Steina niedość są zgodne, by taki podział usprawiedliwić. Przy przeroście dziąseł na pierwszy plan występują objawy wskazujące na pochodzenie zapalne: nagromadzenie okrągłych komórek i masowa obecność komórek plasmatycznych, które są charakterystycznym objawem histologicznym przy gingivitis hypertrophica. Ten obraz histologiczny znalazł Z. w swym pierwszym i drugim przypadku. W trzecim badanie histologiczne dało obraz w stanie ostrego zapalenia znajdującego się lymphangioma simplex, przy braku objawów złośliwości. Obraz histologiczny pozwalał więc w tym przypadku na rozpoznanie: „elephantiasis mollis seu lymphangiectatica“. Ponieważ w przypadku Z. zęby były zupełnie zdrowe, podobnie jak w przypadku opisanym przez Erwina Becka, zaś w przypadku Partscha chory był zupełnie bezzębny, w przypadku Bataszewa zęby były próchnicze, w przypadku zaś Saliszczewa chwiały się w znacznej mierze przeto trudno z powodu przytoczonej różnorodności objawów przypuścić etjologiczny wpływ zębów na powstanie przerostu dziąseł; możliwe, że niedostateczne pielęgnowanie jamy ustnej,

zaleganie resztek pokarmowych, gwałtowne zmiany temperatury w związku z florą bakteryjną znajdującą się w jamie ustnej mogą po części być momentami etjologicznemi sprzyjającemi powstaniu przerostu dziąseł. Momenty konstytucjonalne i endokrynne niewątpliwie też współdziałają tutaj. Na uwagę zasługują badania Weskiego, 5 pokoleń złożonych z 39 członków, 20 mężczyzn i 19 kobiet, wśród których 7 mężczyzn i 10 kobiet cierpiało na gingivitis hypertrophica, a niektórzy dożyli 70 lat. Przytem dały się zauważyć pewne zboczenia, jak: cztery osoby skończyły samobójstwem, część cierpiała na hipertrichozę, zdarzały się przypadki zezu i wilczej paszczy wreszcie wzrost karłowaty. Trudno osądzić, jak daleko te okoliczności pozostają w związku z konstytucją, lecz trudno tu przypuścić jedynie działanie przypadku. Przypadek elephantiasis gingivae opisany przez Bataszewa też łączył się z pewnemi cechami anormalnemi, a mianowicie rozszczepieniem koniuszka języka, nieprawidłowym rozwojem zębów i poprzecznemi nadżerkami ich. Ciąża u kobiet stanowi czynnik sprzyjający powstawaniu przerostu dziąseł. Wskutek przerostu dziąseł doznaje zaburzeń i mowa i przyjmowanie pokarmów wskutek czego ogólny stan odżywiania upadał. Co do terapji, to poza zabiegami paljatywnemi, jak smarowanie dziąseł płynami ściągającemi, przyżeganie, płukanki, jedynym wskazanym sposobem jest radykalny zabieg operacyjny. W przypadkach Z. przez okres obserwacji kilkomiesiocęcznej nie było nawrotów.

Allerhand (Lwów).

Weinmann. (Wiedeń). Ropne zapalenie okostnej dolnej szczęki. Z. f. Stom. 1927. nr. 1. str. 35.

Z materjału prosektury szpitala kupieckiego we Wiedniu opisuje autor 2 następujące ciekawe przypadki:

1) 23-letni urzędnik leczył się w lutym na zapalenie prawie wszystkich stawów. Dnia 6. maja wystąpił u niego bardzo bolesny twardy obrzęk lewej części twarzy w okolicy żuchwy, szczękościsk i podwyższona ciepłota ciała, połączona z silnym bólem zębów. Dentysta nie mógł stwierdzić żadnych zmian chorobowych w zębach i odesłał pacjenta na oddział chirurgiczny szpitala kupieckiego, gdzie stwierdzono zapalenie okostnej zęba mądrości z powodu próchnicy i usunięto go w znieczuleniu chlorkiem etylu dnia 18. maja. Ropy nie było, Ciepłota ciała w następnych kilku dniach zupełnie spadła, szczękościsk ustąpił pod okładami z kwaśnej wody. Dnia 27. maja podskoczyła ciepłota ciała na 39°, pacjent otrzymał 10 cm³ argochromu wśródżylnie, stan się mimo to pogarsza, powstaje twardy obrzęk bez skłonności do przebicia się na zewnątrz a 3. czerwca nawet dreszcze. Wezwany internista stwierdza posocznicę bez możności jej lokalizacji. Pacjent zapada coraz bardziej, skarży się na duszność i bole w dolnej szczęce. Usunięto drugi trzonowiec, który tak samo jak i usunięty poprzednio ząb mądrości nie wykazywał żadnych zmian chorobowych. Dnia 4. czerwca, w niespełna miesiąc po pierwszem wystąpieniu obrzęku, pacjent zmarł. Sekcja zwłok wykazała: ropne zapalenie obustronne migdałków, ropne zapalenie okostnej lewego kąta żuchwy, świeże zapalenie na zastawce aorty i dwudzielnej, septyczne powiększenie śledziony, zapalenie obu płuc w dolnych płatach. Badanie histologiczne zrobionego przekroju w 3 miejscach mięśni leżących po wewnętrznej stronie ramienia wstępującego żuchwy,

w szczególności mięśnia skrzydlatego wewnętrznego wykazało: wysięk ropny między wiązkami mięśniowemi, który zniszczył włókna mięśniowe i spowodował częściowe zmiany wsteczne w znaczeniu Zenkera. W miejscach, gdzie naciek z białych ciałek krwi znikał, znajdował się obrzęk kolateralny. Miejscami widoczne były daleko rozepchane włókna mięśniowe.

2) 15-letnia pacjentka miała 1. i 2. września przejściowo, przez kilka godzin trwający szczękościsk, który sam ustąpił, a ponieważ jej matka cierpiała na nawykowe zwichnięcie stawu żuchwowego, nie przywiązywano do tego wcale uwagi. Dnia 5 listopada jednak nastąpił zupełny szczękościsk i silne bóle szyi. Wezwany dentysta przypuszczał z początku, że ząb mądrości jest powodem szczękościsku, ale uznał to zaraz za nieprawdopodobne i wezwał następnego dnia laryngologa. Ten stwierdził bardzo niewyraźną mowę, niemożność połykania, silne bole przy obracaniu głowy i zupełny szczękościsk. Przez otwór między zębami widoczny jest obrzęk migdałka po lewej stronie a zapomocą wprowadzonego lusterka stwierdza się także obrzęk podniebienia. Wieczorem tegoż dnia operacja. Obraz po lewej stronie przedstawia się następująco: Górna połowa ściany gardzieli, miękkie podniebienie aż poza linję środkową, części policzka i mięśnie wokoło żuchwy przylegające do lewego migdałka silnie nacieczone. Punkcja wykonana w kilku kierunkach nie wykazuje obecności ropy. Z powodu możliwości komplikacji ze strony międzypiersia zrobiono natychmiast operację a mianowicie wycięcie migdałka. Ciepłota ciała w następnych dniach powoli spada, połykanie staje się możliwem, szczękościsk natomiast się nie zmniejsza. Równocześnie wytwarza się obrzęk sięgający od kąta żuchwy przez cały policzek, dolną powiekę do linji nosowej i kąta ust. Punkcja wykazuje ropę, przeto nacięcie szerokie ropnia policzkowego od wewnątrz. Jedno cięcie prowadzone równolegle t. j. od okolicy ostatniego trzonowca prawie do kąta ust a drugie cięcie prostopadle w dół do końca pierwszego cięcia t. z. do okolicy kąta ust. Powstały w ten sposób trójkątny płat odgina się w dół. Ropień znajdował się między tkanką tłuszczową. W tylnej ścianie ropnia wyczuwalny nacieczony gruczoł przyuszny. Codziennie przepłukiwano ranę rozczynem Dakina. Podczas gdy ropień policzka aż do 1. października się zmniejszał i obrzęk ustępował, wytwarzał się od tegoż dnia w okolicy dolnego płata gruczołu przyusznego, aż do okolicy kąta żuchwy coraz większy obrzęk przy wzrastającej ciepłocie ciała do 39°. Wykonana punkcja wykazała ropień gruczołu przyusznego. Zrobiono nacięcie w starej ranie z wewnątrz i przeciwległe nacięcie na zewnątrz. Codziennie przepłukiwano ranę i zmieniano seton aż do zupełnego wygojenia, które nastąpiło 11. października w 6 tygodni po zachorowaniu.

W obu wyżej przytoczonych przypadkach mamy ciężki przebieg ropnego zapalenia migdałka z przejściem tego stanu na okoliczne tkanki mięśniowe z wytworzeniem się ropnia w wewnętrznym kącie żuchwy. W obu wypadkach zwrócono się do lekarzy-dentystów, którzy tylko z początku przypuszczali powikłanie przy wykłuwaniu się zęba mądrości. Podczas gdy w pierwszym przypadku chirurdzy szpitalni mieli swoją uwagę zwróconą tylko na żuchwę i zęby trzonowe i nie mogli zapobiec zejściu śmiertelnemu, to w drugim przypadku trafne rozpoznanie i szybka decyzja co do zabiegów chirurgicznych przyczyniły się do uratowania życia. Szczękościsk, który w obu przypadkach naprowadził lekarza na złą drogę wnioskowania, jest więc jak widzimy, niczem innem jak tylko objawem

szeregu rozmaitych stanów anatomo-patologicznych ze zmianami bądźto w samym stawie szczękowym, co jest bardzo rzadko, lub w mięśniach tegoż stawu, bądź też w sąsiednich tkankach. Zróżniczkowanie rozpoznania nie jest trudne. Szczękościsk mogą wywołać zarówno zmiany w zębach trzonowych jak też zmiany w sąsiednich tkankach i w migdałkach. Ze schorzeń mięśni wywołujących szczękościsk wchodzi w rachubę przedewszystkiem mięsień skrzydlaty wewnętrzny. Większy lub mniejszy naciek między jego wiązkami i włóknami powoduje kurczenie się całego mięśnia, a drogą bolesnego odruchu przychodzi do zmniejszenia się jego funkcji; do szczękościsku. *Brill* (Lwów).

PROTETYKA.

Hruska (Medjolan). Co to są „łamacze ucisku" (stress-breakers) i jakie jest ich znaczenie w protetyce? Nuova rass di odontoiatr. 9. Nr. 2. p. 105 — 114. 1928.

Łamacze ucisku mogą być zastosowane przy dostawkach częściowych zarówno górnych jak i dolnych, przy jedno- i przy dwustronnych. Są one przeznaczone do tego, by odciążyć uciskową i przedewszystkiem jak najmniej ją wystawiać na szkodliwe wkładowe zgryzu. Działa tutaj cała podstawa lecz ucisk osłabia się przez znaczną sprężystość elastycznych dźwigni, jakiemi są łamacze ucisku. Zwykle umieszczamy na ostatnim zębie stanowiącym punkt oparcia protezy nakładkę zlaną elastyczną klamrą. Ma ona ten cel, by utrzymać protezę w jej położeniu i poddaje się na ucisk i na pociąganie gdyż jest elastyczna. Klamry i nakładki nie są bezpośrednio, a więc sztywnie połączone protezą, lecz dźwignia przyczepia się tak daleko od punktu opornego, że jego elastyczność dochodzi do pełni działania, nie tracąc jednak na sile. Połączenie protezy z dźwignią musi być tak obliczone, by działanie ucisku na protezę rozmieszczało się równomiernie, a więc w przeciwieństwie do tak zwanych dostawek opartych, gdzie ucisk tylko jednostronnie zostaje zneutralizowany. Długość dźwigni musi dokładnie być zastosowana do podstawy i do działania ucisku. Dźwignia musi na wszelki wypadek być dosyć odporną na ucisk boczny wywierany na protezę przy żuciu. Zasada jest przy wszystkich łamaczach siły jednakowa. Im głębiej siodełko obejmie wyrostek zębodołowy, tem mniej bywa dźwignia zaatakowana przez ucisk boczny. Czy złoto podane przez R o a c h a będzie na dłuższy przeciąg czasu wytrzymałe na ucisk o tem musi dopiero pouczyć doświadczenie. O ile ewentualna kombinacja ze stalą nie rdzewiącą (Wipla) może być ewentualnie zastosowana należy wypróbować. Chodzi o to jakby można dźwignię stalową, która niewątpliwie przewyższa wszystkie inne pod względem elastyczności i trwałości dała się najlepiej połączyć z resztą części. *Allerhand* (Lwów).

Listy do Redakcji.

Z Dziekanatu Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

W Nr. 3/4 rocznika VI Polskiej Dentystyki pojawił się na str. 263/4 w rozdziale zatytułowanym „Z dokumentów odnoszących się do budowy Kliniki stomatologicznej i instytutu dentystycznego we Lwowie", w którym autor Prof. A Cieszyński zarzucił Wydziałowi lekarskiemu „brak zrozumienia dla potrzeb katedry stomatologji i niechęć, oraz zaprzepaszczenie kredytów przewidzianych przez Ministerstwo Skarbu w roku 1920 w wysokości 2,500.000 Mkp. = 1.226 dolarów na klinikę stomatologiczną, której wybudowanie obliczone zostało na 250.000 dolarów". Jest rzeczą ubolewania godną, że sprawa wewnętrzna Wydziału została wprowadzona na łamy prasy lekarskiej wbrew zasadniczo obowiązującej poufności uchwał Wydziału a w formie czyniącej wrażenie — jak z tonu i z zakończenia tego artykułu wynika — oskarżenia Wydziału lekarskiego.

W jeszcze wyższym stopniu ubolewać należy nad tem, że w wspomnianym artykule przedstawiono tę sprawę jednostronnie, gdyż bez podania motywów, dla których Rada Wydziału nie zgodziła się na projekt przystąpienia do budowy kliniki stomatologicznej kosztem 250.000 dolarów — projekt zupełnie nierealny dla każdego, znającego rozwój stosunków finansowych Państwa. Dlatego celem objaśnienia wprowadzonej w błąd opinji publicznej i w obronie powagi Rady Wydziału zmuszony jestem zabrać w tej sprawie głos i podać do wiadomości co następuje:

1) Rada Wydziału uważała, że dla rozwoju Wydziału lekarskiego lwowskiego wybudowanie kliniki okulistycznej (pomieszczonej nieodpowiednio w szpitalu), kliniki neurologiczno-psychjatrycznej i oto-laryngologicznej, które do roku 1924 istniały tylko w postaci małych ambulatorjów, a obecnie są pomieszczone w starych barakach wojskowych, oraz pawilonu dla infekcyjnych chorób dzieci (nieistniejącego dotychczas) jest istotniejszą potrzebą niż wybudowanie Instytutu dentystycznego, który wprawdzie ma pomieszczenie niedostateczne, ale nie gorsze niż wymienione kliniki.

2) Rada Wydziału uważała, że Klinika stomatologiczna wybudowana kosztem 250.000 dolarów obok zbyt małej dla swoich badań Kliniki położniczo-ginekologicznej, obok Klinik wewnętrznej i chirurgicznej, liczących po 50 łóżek, byłby czemś rażąco anormalnem ze względu na ogromną różnicę w zakresie dentystyki z jednej strony a medycyny wewnętrznej, chirurgji oraz ginekologji i położnictwa z drugiej strony.

3) Rada Wydziału uważała, że rozpoczęcie budowy Kliniki stomatologicznej, zwłaszcza takiej, której koszta budowy obliczone na 250.000 dolarów, wstrzymałoby wobec stanu finansów Państwa budowę niezbędnych i rozszerzenie niewystarczających klinik powyżej wymienionych. To przypuszczenie, którym kierowała się Rada Wydziału w roku 1920, znalazło potwierdzenie w fakcie, że od tego czasu uzyskano tylko kredyty na rozszerzenie kliniki wewnętrznej i na rozpoczęcie budowy kliniki neurologiczno-psychjatrycznej, na którą otrzymano w ciągu 4-ch ostatnich lat 500.000 złp. tj. około 66.000 dolarów, która zatem przy takich kredytach będzie mogła być ukończona za lat kilka do kilkunastu.

4) Cytowana w omawianym artykule, jako jedyna w dziejach jakiegokolwiek Uniwersytetu na całym świecie uchwała Rady Wydziału z mar-

ca 1928 r. odmawiająca wyboru komisji celem zbadania warunków pracy w Instytucie dentystycznym powzięta została z tego powodu, że stosunki te są Radzie Wydziału dobrze znane a ewentualne wnioski profesora dentystyki co do gruntownej zmiany tych stosunków są obecnie nieaktualne wobec programu rozszerzenia Wydziału lekarskiego, ułożonego na zasadach zaznaczonych w niniejszem piśmie pod 1—3 i wobec finansowego stanu Państwa.

Imieniem Rady Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Zalewski, t. cz. Dziekan.

Odpowiedź prof. Cieszyńskiego na wyjaśnienie Dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. J. K.

Wyjaśnienie Pana Dziekana Wydziału lekarskiego, dane w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" 1928 r., Nr. 33-34, a spowodowane artykułem moim ogłoszonym w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3-4 pod tytułem: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"? zmusza mnie do przedstawienia szeregu faktów w świetle rzeczywistem na podstawie przebiegu zdarzeń jako i na podstawie konkretnego materjału zawartego w aktach.

Najsamprzód cytowany przez Pana Dziekana ustęp w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3-4 stanowi nie „rozdział" w tymże piśmie, co mogłoby wywołać wrażenie *osobnego artykułu,* napisanego ze specjalną intencją, a mogącego wywołać wrażenie, „oskarżenia Wydziału lekarskiego".

Natomiast prawdą jest, że w „Polskiej Dentystyce" 1928 r., Nr. 3 - 4 umieściłem artykuł pod tytułem: „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"?, w którym to artykule cytowany przez pana Dziekana „rozdział" tworzył końcowy ustęp, w którym znajdowały się argumenty, motywujące fakty, wynikające z uchwał i stanowiska, które zajął Wydział lekarski w drugiej połowie 1920 r. i w czasie następnym wobec projektu wprowadzenia osobnego studjum dentystycznego przy Uniwersytecie lwowskim i wobec budowy kliniki stomatologicznej.

Następnie prawdą jest, że artykuł ten nie był napisany celem „oskarżenia Wydziału lekarskiego" ale w intencji *obrony praw i poprawy bytu katedry stomatologji przy Uniwersytecie lwowskim, po wyczerpaniu wszystkich możliwych środków jakie miałem do dyspozycji,* jak wypływa z mego oświadczenia danego na posiedzeniu Rady Wydziału lekarskiego w dniu 2. VII 1928 r.:

„Ponieważ z powodu artykułu ogłoszonego przeze mnie w „Polskiej Dentystyce" 1928 (Nr. 3-4): „Rozmieszczenie lekarzy-dentystów i stomatologów w Polsce. — Skutki ustawy dentystycznej z r. 1927. — Czy i jak należy uregulować nauczanie stomatologji w Polsce"?, zwłaszcza z powodu dedykacji na czele umieszczonej oraz zakończenia jego spotkał mnie zarzut, iż wystąpieniem swojem obraziłem Wydział lekarski Uniwersytetu J. K., przeto oświadczam, że tak w tym jak i dawniejszych swoich wy-

stąpieniach w sprawie reprezentowanej przeze mnie nauki i potrzebnych do jej krzewienia urządzeń, nie kierowałem się nigdy względami osobistemi, lecz wyłącznie rzeczowemi, i że już z tego powodu zawsze była mi daleka chęć dotknięcia kogokolwiek osobiście. Jeżeli więc ktokolwiek z Członków Wydziału Lekarskiego lub Rada Wydziału Lekarskiego jako taka czuje się ostatniem mojem wystąpieniem obrażona, oświadczam, że nie leżało to bynajmniej w mojej intencji. — Wspomnianej dedykacji i zakończeniu nadałem zaś formę tak ostrą, ażeby zwrócić uwagę i skłonić do gruntownego przestudjowania sprawy te osoby i czynniki, których dotąd nie zdołałem przekonać, chociaż wyczerpałem w ciągu dziewięciu lat wszystkie środki, któremi rozporządzałem. Sprawa bowiem posiada doniosłe znaczenie nietylko dla Lwowa i jego Uniwersytetu, lecz także *dla całego Państwa.* Za pomyślny jej rozwój czuję się odpowiedzialnym nietylko jako reprezentant stomatologji na Uniw. J. K., lecz także dlatego, że lekarze-dentyści i stomatologowie całej Polski, dając niejednokrotnie wyraz swemu do mnie zaufaniu, mają prawo domagania się ode mnie skutecznej obrony interesów nauki, na której się cała ich działalność zawodowa opiera. Toteż oświadczam, że będę stał nadal na straży tejże nauki w Polsce i będę walczył nadal wszelkiemi godziwemi środkami o poprawę bytu i warunków pracy katedry stomatologji Uniwersytetu lwowskiego oraz o prawa i rozwój dentystyki i stomatologji w Polsce".

Zaprzeczyć muszę następnie jakobym użył wyrazu „zaprzepaszczenie kredytów", przez Wydział lekarski, wyrazy te umieszczone są bowiem w cudzysłowie i mogą wywołać wrażenie jakoby przeze mnie były użyte. Faktem natomiast jest, że w artykule wspomnianym sprawę przedstawiłem w sposób następujący:

„Ponieważ Wydział lekarski nie przyjął podziału kredytów w myśl propozycji Ministerstwa Skarbu, zwlekając z decyzją, i sprzeciwił się wreszcie zużyciu kredytu przewidzianego na klinikę stomatologiczną, kredyt całkowity roczny budowlany Wydziału lek. w wysokości 18$^1/_2$ miljonów Mkp. czyli 132.000 dolarów przepadł niepowrotnie. Nie pomogło „votum separatum" przedstawiciela katedry stomatologji przeciw uchwale większości Wydziału lekarskiego. Jeszcze raz w r. 1921 pojawił się kredyt drugi, wstawiony przez Ministerstwo Skarbu na wniosek Ministerstwa Oświaty i Ministerstwa Zdrowia, w wysokości 2$^1/_2$ miljona Mkp. t. j. 1.226 dolarów (1 dolar = 2.035 Mkp.).

W tych dwóch latach otrzymał więc Wydział lekarski lwowski na klinikę stomatologiczną 40.512 dolarów.

Wydział lekarski zdecydował wówczas ponownie, że kredyt ten nie może być wypłacony na budowę kliniki stomatologicznej, gdyż porządek budowy zakładów Wydziału lekarskiego został zmieniony".

Z pisma pana Dziekana wynika, jakoby Wydział lekarski nie popierał zamierzeń Profesora stomatologji dlatego, że wybudowanie kliniki kosztowałoby 250.000 dolarów.

Prawdą natomiast jest, że w dniu 15. IV. 1920 wygotowany został przez architektę Wojciecha Dembińskiego konkretny projekt kliniki stomatologicznej na zabudowanie powierzchni 120.000 m^2 i postawienie 3-piętrowego gmachu za cenę 16,568.000 mkp. = 85.814 dol. Projekt ten został przedłożony w dniu 2. VII. 1928 Profesorowi Halbanowi przed wysłaniem wyjaśnienia pana

Dziekana Wydziału lekarskiego. Nietylko, że Rada Wydziałowa nie uznała w r. 1920 projektu tego za nierealny, ale nawet wstawiła w II swym memorjale z dnia 8. V. 1920 na budowę kliniki stomatologicznej 18,000.000 mk. t. j. około 100.000 dolarów) i pozatem 1,000.000 mk. na prowizorjum dentystyczne.

Zaprzeczyć więc muszę, że projekt budowy kliniki stomatologicznej w latach 1920/21 *był nierealny,* gdyż Rada Wydzałowa *popierała faktycznie projekt ten bardzo gorąco* w r. 1919, 28 stycznia 1920 i jeszcze 8 maja 1920; wówczas to — w styczniu 1920 r. postawiła Rada Wydziałowa klinikę stomatologiczną na III miejscu potrzeb Wydziału lekarskiego, po klinice neuro-psychjatrycznej i okulistycznej, 8. V. 1920 na IV miejscu, wysuwając na III miejsce klinikę oto-laryngologiczną; dopiero 10. VII. 1920 wysunęła przed kliniką stomatologiczną pawilon infekcyjny dla kliniki pedjatrycznej a 28. VII. 1921 wysunęła jeszcze powiększenie kliniki chorób wewnętrznych i kliniki chirurgicznej i ginekologicznej oraz budowę II kliniki chorób wewnętrznych, II kliniki chirurgicznej a 19. III. 1922 wystąpiła do Ministerstwa WROP z wielkim planem rozbudowy zakładów teoretycznych.

Dopiero wówczas, gdy sprawa budowy kliniki stomatologicznej weszła na tory realne, gdy Minister Zdrowia Publicznego p. Dr. Witold Chodźko uznał budowę kliniki stomatologicznej i Instytutu dentystycznego przy Uniwersytecie lwowskim za „konieczność państwową“ a nietylko jako sprawę Wydziału lekarskiego lwowskiego, dopiero gdy projekty budowy zyskały poparcie Ministra WROP, pana Łopuszańskiego, gdy tenże przyrzekł pierwsze kredyty na budowę Instytutu dentystycznego i kliniki stomatologicznej w dniu 9. IV. 1920 w wysokości 5,000.000 mk. oraz zaprojektował kredyt dalszy na rok następny w wysokości 9,000.000 mk., dopiero wówczas zaszedł zwrot w poglądach Wydziału lekarskiego a sprawa budowy kliniki stomatologicznej stała się dopiero nierealna z powodu nieprzyjęcia przez Wydział lekarski projektu Ministra Skarbu, w którym klinika okulistyczna na razie została pominięta, skutkiem czego kredyty przewidziane na rok 1920 dla całego Wydziału w wysokości około 132.000 dolarów nie zostały przyznane przez Ministerstwo Skarbu.

Następnie realna była budowa kliniki stomatologicznej także w r. 1921, gdy Ministerstwo Skarbu wstawiło w budżet kredyt $2^1/^2$ milj. mk. na budowę kliniki stomatologicznej i wezwało przedstawiciela katedry stomatologji do przedłożenia planów, który to akt przez ówczesnego Dziekana nie został doręczony w należytym czasie przedstawicielowi katedry tylko dopiero po upływie kilku tygodni na skutek osobistej interwencji , gdy tenże osobiście w Dziekanacie upomniał się o należyte załatwienie sprawy.

Kredyt przeznaczony na budowę kliniki stomatologicznej w r. 1921 uchwalił Wydział lekarski pod koniec roku, ażeby nie przepadł, zużyć na cele rozpoczętych budów Wydziału.

Budowa Kliniki stomatologicznej wraz z Instytutem dentystycznym nie była nietylko nierealna w latach 1920/21, ale była głównym bodźcem, który skłonił Władze Centralne do traktowania projektu rozbudowy całego Wydziału lekarskiego jako rzeczy realnej. Na konferencji w kwietniu 1920 r. zamierzał p. Minister Skarbu Władysław Grabski budować tylko klinikę stomatologiczną z Państwowym Instytutem dentystycznym we Lwowie, i zaproponował to Prof. Cieszyńskiemu, który jednak będąc wówczas

delegatem Wydziału lekarskiego, propozycji w tej formie nie przyjął, powołując się na uchwały Wydziału lekarskiego i uzyskał po pół godzinnej dyskusji i zwołaniu Komisji międzyministerjalnej od p. Ministra Skarbu zgodę na ogólny plan Wydziału lekarskiego z pewną zmianą, w którym klinika stomatologiczna miała wraz z kliniką neurologiczno-psychjatryczną stanąć jako pierwsza, gdy klinika okulistyczna miała na razie otrzymać tylko nowe plany budowy. Stwierdzić więc należy, że budowa kliniki stomatologicznej nietylko, że nie zahamowała w r. 1920 rozbudowy całego Wydziału, ale że pchnęła rozbudowę całego Wydziału na tory realne.

Zaprzeczyć muszę stanowczo, że treścią artykułu mego „wprowadzoną została w błąd opinja publiczna", gdyż materjał podany w „Polskiej Dentystyce" opierał się na danych faktycznych, a obecnie w poprzedzających wywodach został uzupełniony ale w innym duchu, aniżeli zamierzał wyjaśnieniem swem pan Dziekan Wydziału lekarskiego.

Prawdą jest, że Rada Wydziałowa uznawała wybudowanie kliniki okulistycznej (pomieszczonej w szpitalu) i kliniki neurologiczno-psychjatrycznej w I memorjale w styczniu 1920 roku, a klinikę otolaryngologiczną w memorjale z 8. V. 1920 za potrzebniejszą od kliniki stomatologicznej.

Prawdą jednak jest również, *że Wydział lekarski jeszcze 27. V. 1920 napisał w swoim memorjale do Ministerstwa WROP lb. 2860: „Ambulatorjum dentystyczne jest urządzone prowizorycznie i nie odpowiada obecnym wymogom. Stworzenie własnego odpowiedniego warsztatu dla dentystyki jest wobec szybkiego rozwoju tej gałęzi medycyny nieodzowne"*.

Prawdą jest również, że *klinika okulistyczna* pomieszczona w szpitalu wprawdzie miała warunki bytu nie najlepsze i że była projektowana jeszcze za czasów austrjackich budowa nowej kliniki okulistycznej i zrobione były w tymże celu plany. Dysponując jednak prócz łóżek klinicznych jeszcze łóżkami szpitalnemi, posiadała klinika okulistyczna znacznie większy materjał, aniżeliby posiadała, gdyby była wybudowana nowa klinika okulistyczna tylko o 60 łóżkach; następnie ówczesny Kierownik kliniki okulistycznej, uważając, że przerobienie planów jako rzecz poważna nieda się uskutecznić dorywczo i wymaga dłuższego czasu, oświadczył Prof. Cieszyńskiemu przed wyjazdem jego do Warszawy w sprawie rozbudowy Wydziału lekarskiego, że prosi na rok obecny (1920) tylko o kredyt na przerobienie planów.

Prawdą jest również, że klinika neurologiczno-psychjatryczna posiadała grunt i plany z czasów austrjackich i była stawiana jednomyślnie — także z głosem przedstawiciela katedry stomatologji, na pierwszem miejscu. Nie wynika jednak stąd, że po otrzymaniu baraku wojskowego i adaptowaniu go na klinikę neurologiczną z 40 łóżkami, klinika neurologiczna nie otrzymałaby warsztatu pracy, tak samo jak i klinika oto-laryngologiczna w sposób analogiczny przez uzyskanie prowizorjum z 30 łóżkami z pozostawieniem dotychczasowych ambulatorjów. Nagłe potrzeby tych 2 klinik zostały zaspokojone, podczas gdy Instytut dentystyczny nie zyskał od tego czasu ani kwadratowego metra, pomimo, że praca kliniczna wzrosła trzykrotnie a praca naukowa była bardzo ożywiona i stworzyła pierwsze podstawy dla stomatologji polskiej a wyniki pracy naukowej tegoż Zakładu należą i w piśmiennictwie za-

granicznem do podstawowych prac z zakresu stomatologji i rentgenologji dentystycznej.

Stwierdzić należy, że neurologja należy w Niemczech do medycyny wewnętrznej i wielkie uniwersytety, jak n. p. w Monachjum, nie posiadają osobnych klinik neurologicznych.

Wiadomem mi jest również, że psychjatrja od czasu istnienia Wydziału lekarskiego nie była wykładana jako przedmiot osobny i nie była nigdy przedmiotem osobnym egzaminacyjnym, pomimo, że przedmiot ten w Niemczech należy do przedmiotów klinicznych na które obowiązkowo muszą uczęszczać studenci medycyny i jest przedmiotem egzaminacyjnym.

Niezgodne ze stanem faktycznym jest, że budowa kliniki stomatologicznej zastanowiła rozbudowę Wydziału Lekarskiego jak już wspomniałem powyżej, prawdą jest natomiast, że *rozszerzenie planu kliniki psychjatryczno-neurologicznej* do rozmiarów jeśli się nie mylę — trzykrotnych, w stosunku do pierwotnie projektowanego w czasach austrjackich, *zahamowało rozbudowę Wydziału lekarskiego*. Prawdą jest również, że klinika ta otrzymała zamiast pierwotnie obranego gruntu, grunt nowy, zakupiony przez Rząd polski dla wszystkich innych nieistniejących klinik na „Bawcrówce“ i zajęła tamże $^1/_3$ terenu ogólnego, że koszty budowy tego olbrzymiego kompleksu, składającego się z 3 gmachów głównych wraz z bocznemi skrzydłami wzrosły niepomiernie i że zamiast w memorjale II przytoczonych 80 łóżek zaprojektowano później klinikę o 125 łóżkach, co spowodowało, że koszt pierwotny z 18,000.000 mk. (koszt jednego gmachu) = około 100.000 dolarów wzrósł do sum, których obecnie określić nie podobna; następnie prawdą jest — jak wynika z pisma pana Dziekana Wydziału lekarskiego, że w ciągu 4 lat ostatnich uzyskał Wydział lekarski tylko około 66.000 zł. na budowę kliniki neurologiczno-psychjatryczną i dobudowę kliniki chorób wewnętrznych, projektowaną pierwotnie *po* klinice stomatologicznej. Tem samem otrzymał Wydział lekarski zaledwie połowę kredytów w ciągu ostatnich 4 lat w stosunku do tych, które mógł otrzymać w r. 1920, gdyby przyjął plan rozbudowy, zaakceptowany przez Ministerstwo Skarbu, nie mówiąc już o tem, że obecne koszty budowy wzrosły blisko trzykrotnie w stosunku do kwot, które były potrzebne w r. 1920. Podrożenie kosztów budowlanych obecnie tłumaczy też przeze mnie podaną kwotę 250.000 $, potrzebnych obecnie na budowę kliniki stomatologicznej, wraz z jej urządzeniem. Kwota ta kilkakrotnie przytoczona w piśmie pana Dziekana, nie może odnosić się do roku 1920/21, gdyż w tej wysokości nie istniała, tylko podana została w mym artykule dla zobrazowania kosztów obecnych budowy i urządzenia kliniki stomatologicznej. Jeżeli dzisiaj możemy mówić o zahamowaniu rozbudowy Wydziału lekarskiego faktycznie, to powód leży w budowie kompleksu kliniki neurologiczno-psychjatrycznej, z którego na razie stanęło zaledwie jedno skrzydło jednego gmachu a część ta drobna nie jest jeszcze wykończona. O ile w tem samem tempie budowa postępować będzie, można liczyć na budowę jednego gmachu lat 15, a wszystkich trzech 45 lat. Wobec takiego stanu rzeczy może mieć rację przedstawiciel katedry neurologji i psychjatrji, jeżeli tenże twierdzi, że ukończenia budowy zapewne nie doczeka. — Tem gorzej przedstawiają się horoskopy dla innych klinik i to na tle istniejącej uchwały, że nie wolno przedstawicielowi katedry starać się

przez osobistą interwencję w Ministerstwach o budowę nierozpoczętych budów. — Bo co może faktycznie wpłynąć na przyśpieszenie tempa rozbudowy całego Wydziału, jak tylko memorjały, świadczące o pilności faktycznych potrzeb, znaczenie i wartość pracy naukowej przedstawicieli katedr interesowanych, odważenie potrzeby Wydziału i potrzeby Państwa; największą rolę odgrywa inicjatywa osobista, dlatego ten czynnik, nie powinien być zahamowany żadną uchwałą, jeżeli chodzi o dobro nie prywatne, ale publiczne.

Nie można zgodzić się na to, jakoby klinika stomatologiczna wybudowana kosztem 250.000 $ była „czemś rażąco anormalnem", ze względu na ogromną różnicę w zakresie dentystyki z jednej strony a medycyną wewnętrzną, chirurgją oraz ginekologją i położnictwem z drugiej strony. Przeciw tej tezie wypowiedział się przecież sam Wydział lekarski w r. 1920, dając w pierwszych swoich memorjałach klinice stomatologicznej z Instytutem dentystycznym pierwszeństwo przed rozbudową tychże klinik. Stomatologja jest tak samo równorzędną gałęzią medycyny jak medycyna wewnętrzna, chirurgia, ginekologja lub położnictwo — z tą tylko różnicą, że stomatologja rozrosła się w ostatnich 20 latach ogromnie, a we Lwowie otrzymała katedra stomatologji tylko prowizorjum w r. 1907 i 1913, podczas gdy inne przedmioty wyżej wymienione posiadały jak na on czas wielkie własne warsztaty pracy. Że stomatologja wzgl. dentystyka jest postawiona zagranicą inaczej, niż w Polsce i posiada doskonałe warsztaty pracy — o tem wiadomo ogólnie, nie potrzebuję więc przykładów przytaczać. A nawet mimo ciężkich warunków finansowych, powstałych dla każdego państwa po wojnie, warsztaty te dla dentystyki przedwojenne zostają zamienione na kliniki stomatologiczne ze względu na znaczenie, jakie stomatologja posiada i zdobyła sobie w zespole innych gałęzi lekarskich. Chirurgja i medycyna wewnętrzna posiada na ogół dwie katedry zagranicą i w Polsce, dentystyka posiada w Niemczech, Anglji, Francji, Ameryce od dawnych czasów 3 oddzielne katedry, nie mówiąc już o tem, że ortopedja i ortodoncja jako i rentgenologja dentystyczna zostaje wykładana przez osobnych docentów.

Nie mogę się zgodzić z twierdzeniem, że warunki pracy w obecnym Instytucie dentystycznym były Wydziałowi lekarskiemu dobrze znane. Nie można bowiem przypuszczać, że, gdyby faktycznie warunki pracy były dobrze znane, mógłby się znaleść chociażby jeden przedstawiciel nauki, któryby nie uznał warunków obecnych w Instytucie dentystycznym wobec rozrostu pracy klinicznej, dydaktycznej i naukowej za wystarczające i mógłby uznać wybór Komisji „w sprawie poprawy warunków pracy" w tymże zakładzie za *nieaktualny*.

Wydział lekarski przeczyłby sam sobie, gdyż stanowisko wyrażone w piśmie pana Dziekana Wydziału lekarskiego jest sprzeczne ze stanowiskiem, które zajął Wydział lekarski z początkiem roku 1920 które przytoczyłem powyżej — (a od tego czasu minęło 8 lat). Instytut dentystyczny jak dawniej mieści się w ubikacjach wynajętych, mała kancelarja instytutu dentystycznego służy zarazem za poczekalnię, pracownia naukowa o 10 m^2 zostaje stale — zależnie od charakteru pracy — przemieniana na inną, wiele prac naukowych robi się poza Zakładem, w Zakładach innych lub w mieszkaniu prywatnem profesora, część szaf bibljotecznych

znajduje się na korytarzu, brak zupełnie miejsca na muzeum; na parterze mieści się trzeciorzędna restauracja, a wyziewy z mieszkania prywatnego zajętego przez dziesiątkę lokatorów, należących do warstw najniższych zanieczyszczają wszystkie ubikacje Instytutu; zgiełk ulicy przeszkadza podczas operacyj i kursów, zgiełk podwórzowy podczas wykładów, słabe mury ulegają każdemu wstrząśnięciu ulicznemu nie dozwalając na wykonanie zdjęcia rentgenowskiego precyzyjnego o cokolwiek dłuższej ekspozycji. Cały Instytut dentystyczny możnaby umieścić na korytarzach jednej z klinik lub zakładu teoretycznego Wydz. lekarskiego.

Każdy nieuprzedzony przyznać musi, że wybór Komisji w sprawie zastanowienia się co do poprawy bytu jednej katedry nie pociąga jeszcze żadnych dalszych zobowiązań finansowych, natomiast, że należy do obowiązków Wydziału lekarskiego stworzenie należytych warunków pracy, jeżeli przedstawiciel katedry od lat 9 bez względu na istniejące przeciwności, wnioski swe o poprawę bytu ponawia, wypełniając tem samem obowiązek profesora, reprezentującego rażąco upośledzoną katedrę. W tym przypadku przedstawiciel tejże katedry nie tylko ma obowiązek ale i prawo do żądania poparcia ze strony Wydziału, gdyż może powołać się na uchwałę Rady Wydziałowej z dnia 12 stycznia 1920, *kiedy to Wydział lekarski dał mu oficjalne przyrzeczenie, że wszelkie jego dążenia co do gmachu nowego najgoręcej poprze* a nawet upoważnił ówczesnego Dziekana do wystosowania pisma w tym duchu i do wysłania go przez Senat Akademicki do Ministerstwa WROP. Ale sprawy te dotyczą $8^1/_2$ lat wstecz, gdy przedstawiciel katedry stomatologji Uniwersytetu lwowskiego miał być powołany na Dyrektora Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

W odpowiedzi na wyjaśnienie pana Dziekana musiałem niestety podawać szczegóły, które właściwie ze względu na „powagę Wydziału" radbym zamilczeć, ażeby oczyścić się od zarzutów, stawianych mi przez Wydział lekarski i ażeby bronić nadal wszystkiemi godziwemi środkami praw katedry stomatologji i walczyć o poprawę jej bytu. Tak bowiem, a nie inaczej pojmuję obowiązek swój jako profesor stomatologji, niestety tak bardzo upośledzonej gałęzi medycyny na wszystkich uniwersytetach polskich.

*) Jak już zaznaczyłem koszty budowy miały wynosić około 86.000 dol. a nie 250.000 dolarów.
